

FRANCINÉA DE NAZARÉ CASTILHO MAIA

**O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO GESTOR
SOBRE SUA RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM
SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE**

Orientador: Prof. Doutor Antonio Augusto Teixeira da Costa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Faculdade de Ciências Sociais e Humanas**

**Lisboa
2015**

FRANCINÉA DE NAZARÉ CASTILHO MAIA

**O CONHECIMENTO DO ENFERMEIRO GESTOR
SOBRE SUA RESPONSABILIDADE TÉCNICA EM
SERVIÇOS DE HEMODIÁLISE**

Dissertação defendida em provas públicas na
Universidade Lusófona de Humanidades e
Tecnologias, perante o júri, nomeado pelo
Despacho de Nomeação nº 317/2015, de 31 de
agosto de 2015, com a seguinte composição:

Presidente:

Prof.^a Doutora Ana Cristina Freitas
Brasão Amador

Arguente:

Prof. Doutor Mário Fernando
Carrilho Negas

Orientador:

Prof. Doutor António Augusto
Teixeira da Costa

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade de Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2015

*O importante não é vencer todos os dias, mas lutar sempre.
(Santo Agostinho)*

Com muito carinho e saudade dedico este trabalho a Deus, pois tudo em minha vida é cuidadosamente permitido e conduzido por Ele.

A Nossa Senhora, mãe misericordiosa, intercessora junto ao Pai nos momentos difíceis desta caminhada principalmente durante a perda de minha mãe querida, Célia.

Ao meu querido pai Manoel e minha querida mãe Célia (in memoriam, que Deus te guarde mãe) e as minhas lindas e amadas filhas Giselle e Camilla pela paciência, compreensão e torcida pela conquista e crescimento profissional.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, que esteve o tempo todo ao meu lado, conduzindo as minhas decisões para conclusão desse trabalho mesmo diante de tantas perdas durante esse período.

Aos meus pais Manoel e Célia (in memorian) pelo carinho, incentivo, ensinamentos pessoais, espirituais e o amor incondicional dedicados na minha vida. Eu amo vocês meus queridos.

As minhas filhas amadas que vivenciaram e dedicaram anos de conforto fraternal e incentivo nos momentos mais difíceis na construção e conclusão desse trabalho. Muito obrigada filhas, pelo exemplo de pessoas que vocês se tornaram. Sem palavras pra expressar e dizer o quanto eu amo vocês.

Aos meus irmãos amigos Daniel Penante e Ticiane por demonstrarem ser amigos nas horas de grande turbulência para seguir adiante nessa jornada em minha vida. Que Deus abençoe vocês e suas famílias.

As minhas irmãs em Cristo e amigas Gilvanilde Tenório e Carmen Miranda, Auxiliadora Pereira que acreditaram em mim, dividindo seus conhecimentos e experiências, sempre atenciosas e extremamente críticas, porém delicadas. Seu apoio foi de fundamental importância. Posso afirmar que foram os anjos enviados por Deus no momento que mais precisava de um amigo.

Aos meus orientadores professor Dr. Ricardo Figueiredo Pinto e professor Dr. Antônio Costa obrigada por terem acreditado em mim, compreensivos e incentivadores nos momentos mais difíceis que vivenciei durante a realização do curso.

Aos meus irmãos Francisco, Flávio, Fátima, Fáber e Francineide por me amarem como irmã. Aos meus cunhados Arthêmio e Antônio por torcerem por mim.

Aos diretores e enfermeiros dos Serviços Privados de Hemodiálise que permitiram a realização das entrevistas para realização do trabalho.

As amigas Mary, Maria Ely, Margareth Boulhosa, Silvinha pela torcida e amizade sem preço.

Aos Mestres e Doutores do Curso de Mestrado, que através de seus conhecimentos nos conduziram nessa jornada.

Aos funcionários do Conhecimento e Ciência por tanta atenção dispensada a mim e aos colegas de curso de mestrado.

RESUMO

O estudo se propôs a analisar o conhecimento do enfermeiro gestor sobre sua responsabilidade técnica no processo gerencial em serviços de hemodiálise. O estudo foi do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Foram participantes oito enfermeiros gestores de serviços privados de hemodiálise dos municípios de Belém e Ananindeua, do Estado do Pará-Brasil. A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, com entrevista gravada em aparelho de telefonia celular, e uso de roteiro de entrevista com questões estruturadas e semiestruturadas. Após a coleta e leitura flutuante, emergiram 05 categorias. Dados submetidos à análise de conteúdo temático proposto por Bardin (2011). Resultados: esses serviços são gerenciados por enfermeiros adultos, sendo sete enfermeiras e um enfermeiro, com média, na função de gestor em hemodiálise de 4 anos e 8 meses, todos especialistas na área, capacitados para o gerenciamento nesses serviços mas, não refletem obrigatoriamente o conhecimento técnico relacionado às implicações legais no processo de trabalho gerencial. Conclui-se que para o enfermeiro assumir a função de responsável técnico nos serviços de hemodiálise, precisa ter conhecimento amplo não só da parte técnica específica do cuidar na diálise, mas principalmente o conhecimento da gestão relacionada às implicações legais.

Palavras-chave: Enfermagem; Legislação; Gestão; Hemodiálise.

ABSTRACT

The study aimed to analyze the knowledge of the nurse manager about his technical responsibility in the management process in hemodialysis services. The study was exploratory and descriptive with a qualitative approach. Participants were eight nurse managers of private service hemodialysis from the cities of Belém and Ananindeua of the State of Pará, Brazil. The data collection occurred in the months of December 2014 and January 2015, with interviews recorded on mobile device, using a interview script with structured and semi-structured questions. After collecting and brief reading, emerged 05 categories and the data were submitted to a thematic content analysis proposed by Bardin (2011). Results: these services are managed by adults nurses, being seven female nurses and one male nurse, the nurse manager function on average of four years and eight months, all experts in the area, all trained to manage these services, but this does not necessarily reflect technical knowledge related to legal implications in the management process. So for nurses take the technical lead role in hemodialysis services need to have extensive knowledge not only of the specific technical aspects of care in dialysance, but especially the management knowledge related with legal implications.

Keywords: Nursing; Legislation; Management; Hemodialysis.

LISTA DE SIGLAS

ABCDT – Associação Brasileira de Centro de Diálise e Transplantados

ANADIAL – Associação Nacional de Centros de Diálise

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ARCT – Associação dos Renais Crônicos e Transplantados

ARCT-PA – Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará

ARNP – Associação Renal do Norte de Portugal

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CAPD – Diálise Peritoneal Ambulatorial Continua

CDC – Código de Defesa do Consumidor

CEAPIR – Federação Européia de Doentes Renais

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CONSASS – Conselho Nacional de Secretarias de Saúde

COREN – Conselho Regional de Enfermagem

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DP – Diálise Peritoneal

DPA – Diálise Peritoneal Automatizada

DRC – Doença Renal Crônica

DRET – Doença Renal em Estágio Terminal

FAEC – Fundo de Ações Estratégicas e Compensação

FAV – Fistula Artério Venosa

GESPUBLICA – Programa Nacional de Gestão Pública e desburocratização

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HD – Hemodiálise

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IRC – Insuficiência Renal Crônica

IRCT – Insuficiência Renal Crônica Terminal

MAC - Média e Alta Complexidade

MCSP – Missão Para os Cuidados de Saúde Primária

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDCA – Ciclo do Plan do Check Art

POPS – Procedimento Operacional Padrão

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

RT – Responsabilidade Técnica

SBN – Sociedade Brasileira de Nefrologia

SEOP – Secretaria de Estado de Obras Públicas

SESPA – Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Pará

SHD – Serviço de Hemodiálise

SOBEN – Sociedade Brasileira de Enfermagem e Nefrologia

SPN – Sociedade Portuguesa de Nefrologia

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TD – Terapia Dialítica

TSR – Terapia de substituição Renal

UE – União Européia

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO.....	21
1.1 GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL.....	22
1.2 GESTÃO EM SAÚDE E EM NEFROLOGIA EM PORTUGAL	31
1.3 ENFERMAGEM E LEGISLAÇÃO EM DIÁLISE.....	38
1.4 O ENFERMEIRO E O GERENCIAMENTO EM HEMODIÁLISE.....	55
CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA.....	66
2.1 TIPO DE ESTUDO.....	67
2.2 LOCAL DE ESTUDO.....	68
2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	69
2.4 COLETA DE DADOS.....	69
2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS.....	71
2.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	72
2.6.1 <i>Riscos e benefícios</i>	72
CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	74
3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES.....	75
3.2 CATEGORIA 1- ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDAR NO PROCESSO HEMODIALÍTICO.....	76
3.3 CATEGORIA 2 – ASPECTOS RELACIONADOS À FUNÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO NO PROCESSO DE TRABALHO EM HEMODIÁLISE.....	78
3.4 CATEGORIA 3 – ASPECTOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO DA IMPLICAÇÕES LEGAIS NO PROCESSO GERENCIAL EM ENFERMAGEM EM HEMODIÁLISE.....	83
3.5 CATEGORIA 4 – ASPECTOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO GESTOR EM HEMODIÁLISE E AS IMPLICAÇÕES LEGAIS.....	86
3.6 CATEGORIA 5 – ASPECTOS RELACIONADOS AOS SENTIMENTOS DOS ENFERMEIROS VIVENCIADOS NA ATUAÇÃO GERENCIAL EM HEMODIÁLISE.....	92
CAPÍTULO 4 - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES.....	96
REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICES.....	I

INDICE DE TABELAS

Tabela 1- Percurso expositivo na organização e desenvolvimento dessa dissertação de mestrado.....	19
---------------------------------------------------------------------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

A relação do profissional enfermeiro com pacientes e com outros trabalhadores existentes no cenário gerencial, nos serviços de saúde, são condições que constituem e imprimem determinadas características no processo de trabalho desse profissional.

Dentro desses serviços emergentes temos o enfermeiro à frente do serviço de terapia renal substitutiva pois, com o advento da diálise introduzida como rotina para pacientes com insuficiência renal, essas condições foram determinantes no processo de trabalho da enfermagem na terapêutica dialítica.

O tema de estudo desta dissertação discorre sobre o conhecimento do enfermeiro gestor sobre sua responsabilidade técnica nos serviços de hemodiálise e de acordo com o art. 4º da Resolução Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 458/2014, o (a) Enfermeiro (a) Responsável Técnico (RT) tem como função o planejamento, organização, direção, coordenação, execução e avaliação dos Serviços de Enfermagem da empresa / instituição onde estes são executados.

Chiavenato (2000) afirma que em cada organização é necessária a atuação de gerentes que têm o papel de solucionar problemas, dimensionar recursos, planejar sua aplicação, desenvolver estratégias, bem como efetuar diagnósticos de situações na tentativa de alcançar as metas descritas no planejamento.

Segundo Pontes, Leitão & Ramos (2008), o exercício profissional de enfermagem ganhou, nos últimos anos, uma maior visibilidade e, nos diversos serviços, os enfermeiros têm assumido unidades hospitalares para cargos de gestão e gerência.

Sendo assim, ao analisar a dinâmica do trabalho gerencial em uma instituição de saúde mediante este paradigma gerencial emergente, percebe-se que este processo de trabalho do enfermeiro precisa ser transformado.

Ibrahim (2004) diz que os primeiros enfermeiros que trabalharam na terapia renal, eram autodidatas e adquiriram conhecimento no dia a dia nas unidades de nefrologia. Dessa maneira, o trabalho da enfermagem em nefrologia foi se organizando e influenciando a prática assistencial. Ainda, segundo Ibrahim (2004), a terapia dialítica (TD) passa de uma atribuição considerada de responsabilidade exclusiva do médico, para a responsabilidade também do profissional enfermeiro. Surge, então, uma nova especialidade de atuação na enfermagem.

Segundo Trentini & Cubas (2005), o processo de trabalho em nefrologia geralmente representa o cuidado paliativo, mediado com tecnologias duras de última geração.

Entenda-se, aqui, que as tecnologias duras são os equipamentos tecnológicos incluindo as máquinas de hemodiálise, dialisadores, além das normas e estruturas organizacionais.

Centeno (2005) diz que, a partir do início dos anos 80, com a aquisição de novas tecnologias, tanto para a Hemodiálise (HD) como para a Diálise Peritoneal (DP), ocorreu um aumento progressivo no atendimento aos pacientes com Insuficiência Renal Crônica (IRC), no Brasil.

A hemodiálise é um método dialítico que ocorre através de circulação extracorpórea, feita entre membranas derivadas de celulose que atuam como membrana semipermeável, membrana essa que se encontra imersa em uma solução eletrolítica que possui concentração semelhante ao plasma de um indivíduo com função renal normal. É um procedimento de alto custo que envolve uma assistência altamente especializada, tecnologia avançada, ações de alta complexidade e uma articulação entre os níveis secundário e terciário da assistência. Portanto, gerenciar um serviço de HD é um grande desafio para o enfermeiro que assume esta função.

No serviço de hemodiálise (SHD), espera-se que o enfermeiro seja um profissional qualificado e esteja preparado para tomar decisões com rapidez e segurança. Entretanto, é preciso que estes conhecimentos sejam ampliados e possibilitem ao profissional uma atuação mais eficiente no campo de gestão em nefrologia.

Apesar da importância da gerência do enfermeiro nos serviços de saúde observa-se que a literatura tem apontado para o fato de que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade (Sanches, Cristovam & Salvino, 2006).

É importante salientar que, ao longo da história da enfermagem os enfermeiros têm enfrentado grandes modificações em seu papel. A autodecisão e autodeterminação deixam pra trás a função de dependente e da delegação de responsabilidade de outra equipe de profissionais de saúde para assumir um papel de considerável responsabilidade social.

A enfermagem, como área profissional e prática social, possui especificidades que caracterizam como dinâmico seu processo de trabalho, cujos determinantes e condicionantes são sociais, políticos, econômicos, culturais, históricos e pessoais (Peres, Montezeli, Kalinowsk & Cunha, 2011, p. 9).

Meu interesse pelo tema surgiu pelo fato de possuir uma trajetória profissional na área de gerenciamento de serviços de terapia de substituição renal, experiência que me possibilitou observar que se trata de uma área bastante específica que tem se destacado

como uma importante área de atuação do Enfermeiro. De acordo com Malagutti & Caetano (2009), uma das dimensões do processo de trabalho do profissional de enfermagem, além do aspecto assistencial e educacional, é o gerenciamento; este, por sua vez, em constante evolução. Sendo assim, a função de administração de enfermagem, na unidade de hemodiálise, é de importância inquestionável.

Observamos, também, em nossa prática, que alguns gestores dos serviços privados demonstram ter dificuldades em contratar profissionais qualificados para assumir a responsabilidade técnica do serviço, uma vez que é necessário agregar a habilidade assistencial com a prática gerencial específica para o serviço. Portanto, a contratação de um enfermeiro especialista para responder tecnicamente perante os órgãos fiscalizadores, não é tarefa fácil, e o desafio do gestor está em escolher um enfermeiro com habilidades inerentes à função que será realizada.

Destacamos, portanto, que a relevância do estudo justifica-se pela carência de pesquisas na área da enfermagem em nefrologia na Região Norte. De acordo com estudo feito em 2009, intitulado “Produção do Conhecimento Científico de Enfermagem em Nefrologia” realizada por Pennafort, Furtado, Fialho et al (2010), a Região Norte não apresentou nenhum estudo na área. Enquanto que na Região Sudeste foi de 63%, na Região Sul 20%, Nordeste 13% e na Centro Oeste 4%. Ainda na mesma pesquisa verificou-se que os enfermeiros priorizam pesquisas que envolvem pacientes ou enfermeiros como sujeitos e demonstram que é necessário explorar suas experiências enquanto atuantes nos serviços de terapia de substituição renal.

Assim sendo, faz-se necessário ampliar estudos voltados para a segurança moral, ética e jurídica dos profissionais enfermeiros na função de responsabilidade técnica gerencial em serviços que prestem assistência na área da terapia renal substitutiva.

Diante do exposto, esta investigação pretende contribuir no sentido de ampliar estudos nesta área e acrescentar referencial bibliográfico pertinente ao tema acerca do conhecimento do enfermeiro sobre sua responsabilidade técnica no processo gerencial de enfermagem em serviços de diálise na área da gestão em nefrologia e gestão de empresas.

- PROBLEMA

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução de Diretoria Colegiada Nº 154, de Junho de 2004, a qual Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, define no artigo 1.15 os Serviços de Diálise como sendo um serviço destinado a oferecer modalidades de diálise para tratamento de pacientes com insuficiência renal crônica e, no artigo 1.16, que o Serviço de diálise autônomo é o serviço com autonomia administrativa e funcional podendo funcionar intra ou extra hospitalar (Brasil, 2004).

Esses serviços também conhecidos como clínicas de hemodiálise são responsáveis por, aproximadamente, 70% (setenta por cento) das terapias renais, em razão de termos apenas 30% de serviços de terapia de substituição renal no setor público e não possuir condições de atender à demanda reprimida ao tratamento. Tais clínicas são conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS).

A cada ano, o número de pessoas na fila de espera por vagas de diálise aumenta e são distribuídas em diversos locais de nosso Estado. Diante dessa realidade, o Governo do Estado do Pará investiu no atendimento em nefrologia em várias cidades e, atualmente, já são dez municípios paraenses que apresentam o serviço de hemodiálise: Belém, Ananindeua, Marituba, Castanhal, Santarém, Marabá, Redenção, Altamira, Ulianópolis e Bragança. Dessa forma, foi possível atender a uma clientela reprimida descentralizando e desafogando o Município de Belém, uma vez que o Estado do Pará hoje conta com 488 máquinas de hemodiálise distribuídas (ARCT-PA – Associação dos Renais Crônicos e Transplantados do Pará, 2014).

Enquanto os pacientes renais crônicos precisam de hemodiálise, os serviços nesta área precisam de profissionais qualificados e capacitados para o cuidado e a prestação da assistência de enfermagem e para o seu gerenciamento. Em nossa prática diária, observamos que a falta de recursos humanos, nessa área tão específica, também dificulta o acesso.

O enfermeiro, através do conhecimento técnico e científico, atua de maneira proativa na assistência ao paciente submetido à hemodiálise. Esse saber, além de minimizar riscos, contribui para a melhora da qualidade de vida de pacientes que dialisam três vezes por semana durante um período de quatro horas cada sessão. Lima & Santos (2004, p. 51) dizem que a natureza do trabalho requer do profissional não apenas aperfeiçoamento

técnico/científico, mas uma grande participação emocional, envolvendo também questões pessoais, nem sempre de forma consciente.

Na prática profissional percebemos que, a partir das portarias e resoluções implantadas e implementadas pelo Ministério da Saúde (MS), que estabelecem critérios básicos para o funcionamento dos serviços de terapia renal, houve uma preocupação na procura pela qualificação através de especializações na área de nefrologia, por profissionais que já atuavam na área, lembrando que, em um passado não muito distante, a maioria dos enfermeiros iniciava nos serviços de diálise inexperiente e aprendia no dia a dia com os acertos e dificuldades.

Willig, Lenardt & Trentini (2006), dizem que o enfermeiro tem seu foco de formação profissional, no gerenciamento do cuidado ao paciente. Entretanto, o contexto de trabalho no dia a dia direciona esse profissional para as questões gerenciais burocráticas preestabelecidas pela organização.

A Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) nº 154 de 15 de junho 2004, torna imperativo que o enfermeiro que esteja inserido nos serviços de diálise seja especialista em Enfermagem em Nefrologia, ou que esteja em processo de capacitação que responda pelos procedimentos e intercorrências de enfermagem como Responsável Técnico (RT) (Brasil, 2004).

O Art, 3º da Resolução Nº 11 de 13 de Março de 2014 conceitua em seu inciso XIV – Responsável Técnico – RT, profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a autoridade sanitária competente a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente (Brasil, 2014).

Considerando que o serviço de hemodiálise é complexo, os riscos são elevados e existe a possibilidade de ocorrência de danos aos pacientes na prática diária, o enfermeiro responsável técnico tem muitos desafios do ponto de vista moral, ético e jurídico. Assim sendo, Madden (2006) diz que o conhecimento do profissional enfermeiro é imprescindível, pois sua competência é um fator crítico na determinação do sucesso do atendimento.

Nos serviços de hemodiálise, o gerenciamento dos serviços de enfermagem se constitui uma atividade complexa e que requer do enfermeiro conhecimento peculiar para o desempenho de seu papel e responsabilidade técnica no cotidiano profissional no processo de trabalho gerencial. De acordo com Peres et al (2011, p. 9), nesse aspecto, pode-se afirmar que a atividade na área é complexa e multifacetada, por isso quem a realiza precisa

ter conhecimentos, habilidades e atitudes com articulação própria para alcançar sua finalidade.

Diante do quadro descrito, o estudo foi fundamentado pelas seguintes **questões norteadoras**:

- Qual o conhecimento do enfermeiro gestor sobre a responsabilidade técnica no processo de trabalho gerencial de enfermagem desenvolvido no serviço de hemodiálise?
- Que atividades desenvolvidas pelo enfermeiro gestor no serviço de hemodiálise são consideradas por ele de responsabilidade técnica no processo gerencial de enfermagem?

Para responder a essas questões, o estudo desenvolvido foi orientado pelos seguintes objetivos:

- **OBJETIVOS**

Objetivo Geral

Analisar o conhecimento do enfermeiro gestor sobre sua responsabilidade técnica no processo gerencial em serviços de hemodiálise.

Objetivos Específicos

- * Caracterizar o perfil sócio-demográfico do enfermeiro gestor em serviços de hemodiálise;
- * Identificar se os enfermeiros gestores conhecem as atividades e as implicações legais relativas à responsabilidade técnica exercida por eles nos serviços de hemodiálise.

Percurso expositivo / organização do trabalho

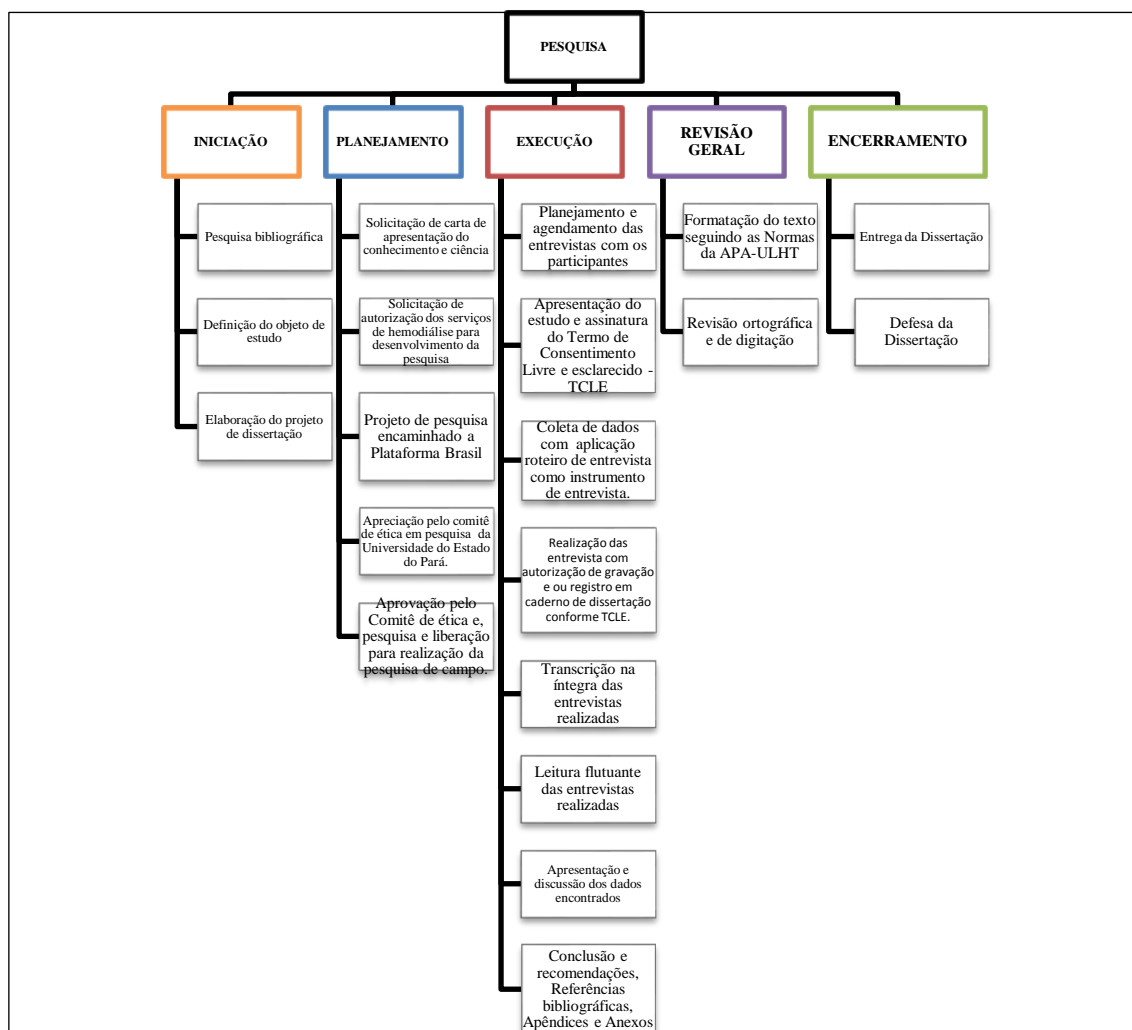


Figura 1: Percurso expositivo na organização e desenvolvimento dessa Dissertação de Mestrado
FONTE: Cronograma descrito no projeto de pesquisa dessa dissertação de Mestrado

Esta pesquisa apresenta-se em três capítulos:

O Capítulo I – Temos o referencial teórico trazendo as referências literárias para embasamento nas análises e discussão. Sendo as seguintes:

- ✓ 1.1- A Gestão em Saúde no Brasil
- ✓ 1.2 - Gestão em Saúde e em Nefrologia em Portugal
- ✓ 1.3 - Enfermagem e Legislação em Diálise
- ✓ 1.4 - O Enfermeiro e o Gerenciamento em Hemodiálise

O Capítulo II – Contempla a metodologia empregada para nortear o desenvolvimento dessa pesquisa com os seguintes passos:

- ✓ 2.1- Tipo de Estudo
- ✓ 2.2 - Local de Estudo
- ✓ 2.3 – Participantes da Pesquisa
- ✓ 2.4 – Coleta de Dados
- ✓ 2.5 – Análise e Interpretação dos Resultados
- ✓ 2.6 – Aspectos Éticos / Riscos e Benefícios

Capítulo III – Trazemos a apresentação e discussão dos resultados encontrados

Conclusão: Após todos os caminhos percorridos conclui-se a pesquisa com uma síntese dos resultados alcançados aos objetivos propostos, assim como as recomendações para trabalhos futuros, crescimento da profissão e processos gerenciais nas empresas.

Apêndices e Anexos: estão contidos os pontos importantes das anuências dos serviços e participantes para o caminho ético da pesquisa.

As normas aplicadas a este relatório foi da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria. Judite Primo & Diogo Mateus. Normas para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutoramento (Aplicáveis às dissertações de Mestrado). Versão v.4, Lisboa, 2008.

CAPÍTULO 1 - REFERENCIAL TEÓRICO

Como suporte teórico às etapas de desenvolvimento da pesquisa, adotamos um referencial construído a partir da revisão de literatura enfocando áreas de interesse da dissertação com abordagem na gestão em saúde, gestão em nefrologia, enfermagem e legislação em diálise e o gerenciamento em enfermagem em hemodiálise.

1.1 A GESTÃO EM SAÚDE NO BRASIL

Furukawa & Cunha (2010) dizem que modelos tradicionais de gestão traziam consigo uma rigidez organizacional, um vínculo à tradição e centralização das decisões. Com o tempo as organizações foram se modificando em decorrência da globalização e assim aumentando a competitividade.

A busca por novos caminhos para melhorar o desempenho organizacional através de uma participação mais efetiva de todos os envolvidos nos processos administrativos e operacionais da empresa estão pautados em modelos atuais de gestão os quais trazem conceitos de inovação, flexibilidade, trabalho em equipe e decisões descentralizadas.

Iniciado na década de 1970 surge no Brasil a construção de um novo modelo de atenção que institucionalizou o direito à saúde a todos os cidadãos brasileiros garantidos pela implantação do Sistema Único de Saúde (SUS). Por fazer parte de uma política pública, um dos grandes desafios é a formação de recursos humanos para a saúde. Pensando assim, a complexidade do campo de atuação dos profissionais da saúde exige o desenvolvimento de competências que possibilitem a atuação multiprofissional na promoção da saúde (Lourenção & Benito, 2010).

Neste contexto, esses autores dizem, ainda, que as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) contribuem para a formação gerencial de profissionais na área da saúde voltados à realidade do serviço público de saúde e da população.

Para Abreu (2011), sempre existiu no decorrer da história alguma forma rudimentar de administrar as organizações, desde as mais simples até as mais complexas. Complementando, diz que no séc. XX o aumento progressivo da complexidade do ambiente hospitalar transformou os hospitais em verdadeiros centros de alta tecnologia e custo, e várias estruturas surgiram para poder suprir as informações vitais para sua gestão. Ainda nos meados deste século XX, as organizações reconheceram a importância da satisfação dos funcionários, assim como a necessidade de existência no feedback.

Nessa complexidade de governar, a sustentabilidade financeira no médio prazo, é um dos problemas que o sistema de saúde no Brasil tem se defrontado e corre o risco de, no futuro, não ser financeiramente sustentável. É preciso que andem lado a lado o crescimento da despesa pública com o aumento da receita. Essa deve ser uma tendência em todos os setores organizacionais e, em particular, nos Serviços de Saúde (Rodrigues, Carâp, El-Warrak & Rezende, 2011).

A gestão pública, como instrumento de ação política, deve buscar sempre a construção de uma sociedade mais equitativa e democrática. No Brasil, o sistema de saúde em curso, através do processo de descentralização da gestão coloca-nos possibilidades e desafios que devem ser assumidos de forma solidária pelos três entes federados (Brasil, 2009).

O Programa Nacional de Gestão Pública e Desburocratização (GESPÚBLICA) foi instituído pelo Decreto nº 5.378 de 23 de fevereiro de 2005, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados aos cuidados e para o aumento da competitividade do país (Brasil, 2009).

A GESPÚBLICA é a mais arrojada política pública formulada para a gestão. Tal afirmação está baseada em três características: é essencialmente pública; é focada em resultados; é federativa. Os dois sistemas brasileiros, o público e o privado, entraram na discussão sobre a qualidade aplicada à área da saúde.

O sistema público é oferecido a todos os brasileiros e é conhecido como Sistema Único de Saúde (SUS). O sistema privado é efetuado pela iniciativa privada conforme previsto na Constituição de 1988, no parágrafo único, art. 199.

“As instituições privadas poderão participar do SUS segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos”. A contratação de prestadores de serviços se viabiliza pelos contratos de serviços, convênios e contratos de gestão (Brasil, 2009).

Rodrigues et al (2011) afirmam que o Brasil destaca-se por ter um dos mais abrangentes sistemas privados do mundo. As relações entre os serviços privados com fins lucrativos e os gestores do SUS, são mediadas pelos contratos de serviços baseados em pagamentos por procedimentos. É um mercado concentrado em cerca de 1.700 operadoras de planos de saúde e cobre, aproximadamente, 45 milhões de brasileiros, sendo nas regiões Sul e Sudeste o maior número de usuários.

Esses mesmos autores dizem que a qualidade passou a ser diferencial competitivo, além de ser importante fator para o sucesso financeiro. Para eles, a iniciativa privada há tempos vem adotando medidas de melhoria da qualidade da assistência prestada. Concluem, ainda, que quando nos preocupamos com a qualidade, aumentamos a satisfação dos clientes, melhoramos os nossos processos, facilitamos o nosso trabalho, somos reconhecidos como bons prestadores, melhoramos a relação custo-efetividade do nosso negócio e, desta forma, obtemos lucro.

Sendo assim, os desafios e problemas organizacionais são semelhantes em vários aspectos tanto no serviço público quanto no serviço privado. Diante disso, as organizações públicas estão propensas a adotarem cada vez mais técnicas gerenciais empregadas nas organizações privadas. Segundo Aarestrup & Tavares (2008, p. 228) o modelo de gestão atual encontra-se numa fase de transformação, de mudanças, de conscientização e, principalmente, de um processo de educação em saúde para a população e para os profissionais, que compõem o cenário atual.

Nas últimas décadas, os profissionais de saúde estão dando atenção especial às doenças crônicas e, entre essas, está a doença renal crônica (DRC), doença de evolução progressiva e sem alternativa de melhoras rápidas (Martins & Cesarino, 2005).

Romão Júnior (2007) chamava atenção para a incidência desta patologia em decorrência principalmente do envelhecimento da população, do aumento no número de casos de hipertensão arterial e diabetes mellitus.

De acordo com Malta, Cezário, Moura, Neto & Silva (2006), a transição epidemiológica pela qual passa o país, considerando a população idosa e o crescimento da obesidade na população em geral reflete a mudança no perfil das doenças da população. Portanto, é cada vez mais visível o aumento das doenças crônicas não transmissíveis; dentre elas, a diabetes e a hipertensão arterial.

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus são doenças crônicas degenerativas que mais comprometem os rins e os responsáveis por levarem milhares de pessoas para a terapia dialítica.

Estes dados podem ser encontrados no último censo 2011 da Sociedade Brasileira de Nefrologia, onde os diagnósticos de base dos pacientes em diálise em escalas de maior prevalência são Hipertensão Arterial 35,1%, Diabetes Mellitus 28,4%, outras causas 12%, Glomerulonefrite Crônica 11,4%, indefinidos 9,3% e Rins Policísticos 3,8% e complementam com pacientes com transplante renal prévio 3,8% (SBN, 2011).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Doença Renal Crônica (DRC) como um problema de saúde pública, com elevada e crescente prevalência e incidência na população em geral. Epidemia do milênio e um problema contemporâneo, chegando a atingir mais de 500 milhões de pessoas.

Conforme descrito por Borges, Bedendo & Fernandes (2013), nos últimos dez anos, o número de pacientes em diálise no Brasil cresceu 115% e deve aumentar em uma proporção de 500 casos por milhão de habitantes a cada ano.

As doenças cardiovasculares estão registradas nos dados no DATASUS (Brasil, 2008) como as principais causas de morte em todas as regiões do Brasil; entretanto, a região Norte quando comparada as outras regiões, apresenta menor mortalidade por essas doenças. Dados do IBGE (2008) mostram que a causa é, provavelmente multifatorial, e a baixa expectativa de vida (71,5 anos), a menor concentração populacional e a menor mortalidade cardiovascular geral dessa região, são considerados alguns fatores que diminuem a prevalência de doenças crônico-degenerativas.

Em diferentes países, a prevalência de doença renal crônica é de 7,2% para pessoas acima de trinta anos e de 28% a 46% em indivíduos acima de 64 anos. No Brasil, 10 milhões de pessoas têm alguma disfunção renal (Sociedade Brasileira de Nefrologia - SBN, 2013).

Nos Estados Unidos, no Seminário em Diálise ocorrido em 2013, Camlins (2013) diz que houve uma diminuição de 2% no número de pacientes no estado terminal de doença renal crônica, porém a estimativa até 2020 tende a aumentar.

Ao final de 2010, haviam quase 600.000 pacientes precisando de Terapia de Substituição Renal (TRS) nos Estados Unidos. E mesmo que a prevalência de pacientes no estado terminal de doença renal (ESRD) tenha diminuído em 2% pela primeira vez desde 2000, é esperado um aumento de mais de 750.000 pacientes que precisam de TRS até 2020¹ (Camlins, 2013; p. 476).

Martins & Cesarino (2005) dizem que a DRC tem impacto negativo sobre a qualidade de vida relacionada à saúde, por causar elevadas taxas de morbidade e mortalidade na população mundial.

¹ Tradution: By the end of 2010, there were almost 600.000 patients who needed renal. Replacement therapy (RRT) in the United States. And although the prevalence of end-stage renal disease (ESRD) patients has decreased by 2% for the first time since 2000, the population of patients who require RRT is expected to increase to more than 750.000 by 2020. (Camlins, 2013, p.476).

Schor & Ajzen (2005) afirmam que as lesões renais autoimunes, causadas pelo lúpus eritematoso sistêmico, vasculites e também as doenças hereditárias quase sempre evoluem com esclerose glomerular e atrofia tubular, com perda total de função renal, levando o paciente à diálise ou ao transplante renal. Ainda para os mesmos autores, é importante controlar os níveis de glicose no sangue e os níveis de pressão arterial de pacientes diabéticos e hipertensos, pois o controle dessas doenças impede ou retarda o aparecimento de lesão renal.

Além do sofrimento físico e emocional, o paciente renal crônico, ao longo de décadas, vem enfrentando dificuldades desde o acesso à hemodiálise, até a falta de condições mínimas para a realização deste tipo de tratamento. O tratamento da IRC inclui duas etapas: 1 - O tratamento conservador, antes da necessidade da terapia de substituição da função renal; 2 - Terapia de substituição renal (TSR), incluindo as diversas modalidades de diálise e o transplante renal. Em relação à sobrevida desses pacientes submetidos à hemodiálise convencional, os quais dialisam de 3-4 horas, 3 vezes / semana, permanecem inalteradas ao anos longo dos últimos dez em 5 anos de diálise e a mortalidade permanece elevada chegando em torno de 20% nos Estados Unidos e 15% no Brasil (Pennaft et al, 2010).

Mariotti (2009, p. 6), ao se reportar à diálise, diz que:

O tratamento usualmente objetiva prevenção da progressão da doença, controle da hipertensão e da diabetes mellitus e, ocorrendo a progressão, são utilizados métodos que visam substituir a função renal para preservar a vida, o que inclui suporte nutricional adequado, diálise ou o transplante renal (Mariotti, 2009, p. 6).

O tratamento para a IRC representa um problema de saúde de ampla magnitude e relevância. Assim sendo, esses procedimentos e ações de média e alta complexidade se constituem para os gestores em um importante elenco de responsabilidades, serviços e procedimentos relevantes para garantia da resolutividade e integralidade da assistência ao cidadão. Além disso, para esses serviços são destinados em torno de 40% dos recursos da União alocados no Orçamento da Saúde para MAC (Média e Alta Complexidade) e Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – (FAEC). Dessa forma, foram definidos sistemas de informação, de pagamento, de controle, avaliação e regulação. (CONASS, 2011).

Pennaft et al (2010) dizem que no Brasil o Sistema Único de Saúde (SUS) é um integrador da assistência prestada em todos os níveis do sistema. Entretanto, garantir o acesso, a qualidade e resolutividade por meio de conformação de redes de atenção à saúde,

de forma equânime e integral, dentro do quadro de insuficiência financeira, vem sendo um dos grandes dilemas dos gestores estaduais.

Ainda assim, vale ressaltar que a organização da prestação da assistência no SUS é baseada em dois princípios fundamentais: a regionalização e a hierarquização. Ao longo dos anos, além desses princípios foi estabelecido pelo sistema que as ações e procedimentos foram organizados em dois blocos, sendo um relativo à atenção primária, e o outro, que contempla as ações de média e alta complexidade (MAC) ambulatorial e hospitalar (CONASS, 2011).

A Constituição Federal de 1988 definiu expressamente em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”, assim como, “acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação”. Tais princípios foram incorporados na Lei Federal número 8080/1990, que regulamenta o SUS, consequentemente disciplinados em seu artigo 7º, como expomos abaixo:

“Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I. Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II. “Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e dos serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema” (Brasil, 1990).

Nesses termos, fica explícito que o Brasil optou por um sistema público e universal destinado principalmente à parcela mais pobre da população. Desta forma, deve ser garantido atendimento integral para todos os cidadãos nos níveis de promoção, proteção e recuperação da saúde.

A atenção primária, embora seja a porta de entrada preferencial do sistema, os procedimentos realizados diretamente em seus serviços não esgotam as necessidades dos usuários do SUS. As doenças crônicas renais exigem que o governo invista em serviços de média e alta complexidade e, assim, possa minimizar o sofrimento de pacientes renais nas filas à espera de uma vaga para realização de diálise.

No contexto do SUS, a alta complexidade envolve alta tecnologia e alto custo de serviços qualificados integrados aos níveis de atenção básica e média complexidade. Dentre as principais áreas que compõem a alta complexidade estão as redes de assistência ao portador de doença renal crônica por meio de procedimentos de diálise (Brasil, 2009).

Estes serviços causam um impacto financeiro extremamente elevado. Para que sejam disponíveis à população, faz-se necessário o credenciamento pelo gestor municipal do SUS, o qual deve estar ciente da real necessidade do serviço em seu território, levando em conta a população a ser atendida, a demanda reprimida, os mecanismos de acesso com os fluxos de referência e contra-referência e a capacidade técnica e operacional dos serviços a serem implantados. Após todo o processo de tramitação e aprovação em todas as esferas de credenciamento em âmbito regional, estes processos deverão ser encaminhados ao Ministério da Saúde (Brasil, 2009).

Nos serviços de diálise, o conhecimento, o entendimento dos princípios e a organização preconizados pelo SUS são fundamentais para a prestação de uma assistência de qualidade. Essas ações e princípios do SUS não estão centrados apenas no conhecimento dos profissionais da saúde, mas também, no conhecimento e vivências dos usuários os quais cada vez mais participam do controle de suas vidas e sua saúde (Trentine & Cubas, 2005).

De acordo com Bertelli (2004), o desenvolvimento e o uso generalizado de uma dispendiosa tecnologia médica estão entre as principais razões que levaram a esse aumento acentuado dos custos da saúde e cita a diálise como um exemplo que pode custar até 10 mil dólares.

Desde o iluminismo, nos meados do século XIX, a higiene foi praticada como política pública. Segundo Campos & Simões (2011, p. 17), a saúde como tema de políticas públicas é coisa recente.

Mendes (2011) diz que o modelo atual de saúde está preparado para atender às condições crônicas, mas é incapaz de atender à real necessidade da população brasileira, representada pelas doenças crônicas como a Insuficiência Renal Crônica (IRC). Este autor ressalta, ainda, que as doenças crônicas apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram grandes efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países. Somado aos distúrbios mentais representam 59% do total de óbitos no mundo e estima-se que esse valor chegue a 60% até 2020.

Dentro dessa perspectiva de gestão em saúde, especificamente no serviço de diálise, estão os impactos ambientais ocasionados pelo abastecimento e qualidade da água, da energia, do efluente líquido, do efluente sólido, das etapas de manejo de resíduos de saúde, os insumos e os materiais como processo dialítico. Este processo de impacto ambiental tem

sido bastante discutido nas políticas governamentais nacionais e internacionais. Assim sendo, Tachizawa (2005) diz que o momento atual exige novos modelos de gestão, pois implica responsabilidade social.

Para Burg & Silveira (2008), “dentre os serviços do ambiente hospitalar a hemodiálise é um dos que mais gera efluentes líquidos significativos, relacionado ao grande consumo de água utilizada no processo de diálise”.

Diante deste contexto, devido ao aumento da demanda da terapia renal substitutiva, o cuidado com a água utilizada no tratamento hemodialítico é um dos grandes fatores de risco e preocupação tanto da gestão pública quanto dos dirigentes dos serviços de hemodiálise. O cuidado com a não contaminação da água, bem como os meios de adequação para a qualidade da água nestes serviços, marcou a história da diálise brasileira.

Pennafort et al (2010) dizem que este marco despertou o interesse pela melhoria na qualidade do atendimento ao cliente que necessita de diálise. Assim sendo, o Ministério da Saúde passou a editar portarias com regulamentações e normas técnicas.

No Brasil, os padrões de qualidade em relação aos serviços de diálise foram inicialmente definidos através da Portaria nº 2.042/96 e, atualmente, na Resolução de nº 154/2004. Portaria e Resolução importantes que direcionam as inúmeras responsabilidades dos gestores dos centros de diálise em função de um controle rigoroso em relação à prevenção de eventos adversos que podem ocorrer no processo dialítico.

O entendimento do que vem a ser uma diálise adequada vem sofrendo mudanças ao longo dos anos. De acordo com Riella (2003), se nos primórdios da diálise poderia ser razoável ter como objetivo evitar a morte por hipovolemia ou hipervolemia, hoje, o tratamento dialítico busca a reversão dos sintomas urêmicos e a diminuição do risco de mortalidade, a melhoria da qualidade de vida e a reintegração social do paciente.

Segundo Araújo & Santo (2012), foi criado, no fim de 2011, um grupo de trabalho com representantes da Sociedade Brasileira de Nefrologia, dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, além de representantes das gestões estaduais e municipais para estruturar a linha de cuidado e implementar a Rede de Atenção Integral à Saúde Renal. O objetivo desse grupo foi dar atenção aos portadores de doenças renais com ênfase na área da prevenção e promoção da saúde, evitando complicações ou mesmo a necessidade de diálise.

Lima & Santos (2004, p. 123) descrevem que uma estratégia de auxílio ao paciente em programa dialítico é o processo ensino-aprendizagem o qual exige o envolvimento

do(a) enfermeiro/a que ensina e o do cliente que aprende, buscando como resultado a capacitação desse cliente para auto-cuidar-se, ou seja, uma responsabilidade compartilhada.

Dentro do aspecto de gestão no controle e prevenção da doença renal, as ações do enfermeiro em nefrologia como educador devem estar sempre presentes na organização e participação de campanhas de saúde pública voltadas para a DRC. Assim, juntamente com a Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN), esses enfermeiros especialistas devem buscar parcerias com programas de saúde pública, assim como trabalhar com profissionais dos Programas de Saúde da Família (PSF) a fim de orientá-los sobre a doença renal e os tipos de tratamento (Lima & Santos, 2004; p. 101).

Ainda segundo Lima & Santos (2004) outra estratégia a ser utilizada nesse controle é a criação de Ligas e Associações de Portadores de DRC, as quais podem despertar e estimular a procura precoce de tratamento na população de risco. Dessa forma, a implementação de intervenções adequadas é importante em relação à evolução do cliente em termos de morbidade e mortalidade da DRC. Espera-se, com essas medidas, que a taxa de mortalidade sofra uma redução no grupo de clientes que são acompanhados precocemente.

No estudo sobre o papel do enfermeiro frente ao paciente com hipertensão arterial na hemodiálise, Santos, Ferreira & Brasileiro (2010) dizem que quando o paciente se conscientiza da importância do tratamento correto, os riscos de agravos diminuem consideravelmente.

Ainda dentro da questão da gestão na saúde em relação aos portadores de DRC, Silva & Silva (2003) em pesquisa sobre a motivação do paciente renal para a escolha da diálise peritoneal ambulatorial contínua, dizem que os indivíduos portadores dessa doença, para manterem-se vivos, devem ser submetidos a um destes tratamentos: ou a hemodiálise ou a diálise peritoneal e o transplante renal.

Para a realização da diálise peritoneal o filtro utilizado no processo é natural pois utiliza-se o peritônio, membrana semipermeável, que reveste o abdome e é ricamente vascularizada, o que a torna uma área viável para realizar a diálise. A CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) é um tratamento dialítico de escolha quando ocorre a perda de um acesso vascular. Essa escolha ou mudança de tratamento deve ser feita pelo enfermeiro e pelo médico. Nessa terapêutica, a atuação da (o) enfermeira (o) como educadora e facilitadora do cliente é indispensável, pois a mesma é responsável pelo

treinamento e conscientização do cliente sobre o autocuidado, conduzindo-o à responsabilidade, ao sucesso do seu tratamento. Mas não podemos deixar de mencionar aqui o papel da equipe multiprofissional, como um todo, pois busca o mais alto bem-estar para o paciente, dentro de suas possibilidades, respeitando sua individualidade e opções, buscando assisti-lo como um todo, holisticamente, dentro do complexo biopsicossocial (Silva & Silva, 2003).

1.2 GESTÃO EM SAÚDE E EM NEFROLOGIA EM PORTUGAL

Importante se faz abordar os aspectos históricos do surgimento da saúde pública na Europa, especialmente em Portugal. Campos & Simões (2011) na obra *Percurso da Saúde: Portugal na Europa* destacam que a saúde pública floresce na Inglaterra tendo surgido a partir de uma doença conhecida como Cólera da qual foi acometida a população londrina. John Snow, pesquisador da época, descobriu que a água utilizada por habitantes locais era uma associação entre a água inquinada da Rua Principal, em Londres, com a água do Tamisa, mas já misturada pelos esgotos da população que residia na cidade. Essa investigação foi importante para a melhoria da qualidade da água, bem como o controle e destino adequado de esgoto. Ressalta-se, aqui, que o bacilo ainda não era conhecido e a plausibilidade biológica da infecção por via hídrica só mais tarde seria postulada, mas não impediu que medidas da época fossem tomadas.

Em Portugal, a saúde dos indivíduos não era considerada um bem coletivo, quando muito era vista como somatório de bens individuais. Seguindo moldes ingleses, em outubro de 1958, dez anos após a criação do Serviço Nacional de Saúde Britânico, cria-se o Ministério da Saúde de Portugal.

Os autores ainda afirmam que um passo importante dentro do contexto abordado se deve a Pombal, homem culto da época, que pregava a ideia de que a manutenção da saúde da população era rentável ao país. Desse modo, impôs a Coimbra uma completa reforma na saúde, contemplando o desenvolvimento laboratorial da física, da química, da biologia, da botânica e estendido ao ensino médico, nascendo assim, em Portugal, o primeiro trabalho interdisciplinar.

A palavra saúde, a partir da segunda metade do século XX, começa a ser designada como as políticas públicas associadas, pois engloba não só a saúde coletiva, mas também a dos indivíduos, das nações e a saúde global.

Portanto, de acordo com a Organização Mundial da Saúde, em 1948, o sentido da palavra saúde passa a ser adotado com o seguinte significado: "completo bem-estar físico, psíquico, mental, emocional, moral e social", e não apenas resultante de ausência de doença ou enfermidade.

Mas, esse conceito só foi incorporado na linguagem política, após a passagem pelo Ministério da Saúde, do Secretário de Estado Francisco Gonçalves Ferreira, acompanhado pelos membros de sua equipe que, nessa missão, foram determinantes para a modernização da rede hospitalar e na execução de uma moderna política de saúde global, que inseria a saúde individual na saúde coletiva em todos os níveis de atenção: primário, secundário, terciário e de reabilitação e tratamento na fase aguda.

Mendes (2012) se refere à saúde, em Portugal, como o sistema da saúde que mais evoluiu nos últimos 30 anos. E diz ainda que esse sistema surgiu em Portugal quando os indicadores de saúde estavam aquém dos restantes países europeus. Nesse período, o autor afirma que o acesso à saúde, pela população, era limitado e se fazia necessária uma cobertura mais extensa e equitativa dos serviços e também um maior acesso de todos os portugueses aos melhores cuidados de saúde. Este foi o marco mais importante da história da Saúde em Portugal, tendo sido determinante para o aumento da qualidade de vida dos cidadãos.

Segundo Pisco (2011), o sistema de saúde português oferece cobertura universal, uma gama completa de serviços de saúde, sendo financiado principalmente através de impostos e apoiando-se, sobretudo, na prestação pública de cuidados. É importante dizer que a responsabilidade de conduzir essa profunda reconfiguração da Atenção Primária Portuguesa coube à Missão para os Cuidados de Saúde Primários (MCSP), processo esse ocorrido no período de outubro de 2005 a abril de 2010.

Pisco (2011) diz ainda que, independente do estatuto econômico e social, todos os residentes em Portugal têm acesso aos cuidados de saúde disponibilizados pelo Serviço Nacional de Saúde (SNS); portanto, é garantido o direito de todos os cidadãos à proteção da saúde, a cuidados gratuitos e universais.

O governo procura organizar o sistema de saúde de modo a melhorar a justiça distributiva, a eficiência, a efetividade e a capacidade de resolver os problemas dos cidadãos. Mas entende também que, para que todos possam se beneficiar dos avanços científicos e tecnológicos, é necessário dar atenção não apenas às necessidades dos cidadãos, mas também aos profissionais. A importância aos profissionais é dada no aspecto

da prevenção e tratamento imediato ao diagnóstico precoce, pois eles estão capacitados para identificar as necessidades dos pacientes e intervir de forma eficaz.

Mendes (2012, p. 42), ao falar da qualidade no Serviço Nacional de Saúde (SNS), evolução recente e perspectivas futuras, infere que:

A criação do SNS foi, sem dúvida, um marco importante para o desenvolvimento do sistema de saúde português que representa ainda hoje não só a sua importância para a qualidade de vida da população portuguesa como tem uma grande influência na economia do país, quer pelo número de pessoas que emprega, directa e indirectamente, quer pelo peso que tem no orçamento do Estado e no orçamento das famílias (Mendes, 2012, p 42).

Sabemos da importância que tem a atenção primária na prevenção de doenças, mas chamamos aqui a atenção para as doenças crônicas degenerativas. Dentre elas, em especial, a Doença Renal Crônica (DRC), por ser o tema desse estudo. Coelho, Diniz, Hartz & Dussault (2014) dizem que a DRC, à semelhança de outras doenças crônicas, assume particular atenção por parte dos países desenvolvidos.

Cunha (2011), ao se reportar à insuficiência renal, diz que o tratamento deve passar forçosamente pela prevenção primária de modo a prevenir a instalação da doença e/ou reduzir a sua incidência através de uma crescente atenção à promoção geral da saúde.

Bastos¹, Bastos² & Teixeira (2007) descrevem que em todo o mundo, um dos maiores desafios enfrentados pelos profissionais de atenção primária é a decisão sobre o momento de encaminhar o paciente, sob seus cuidados, a um profissional de nível secundário. E conclui dizendo que isto ocorre principalmente em serviços de saúde onde não existem sistemas de referência e contra-referência.

Afirma, ainda, que esse compartilhamento de informações é indicado e necessário entre a atenção primária e os especialistas como forma de capacitação na detecção e manejo das enfermidades, prevenção das doenças e promoção da saúde. Tal compartilhamento de informações responderia melhor ao desafio de absorver os custos crescentes dos sistemas de saúde, especialmente aqueles relativos às doenças crônicas não transmissíveis, dentre elas, a Doença Renal Crônica.

De acordo com Vinhas (2003), o tratamento da insuficiência renal crônica terminal (IRCT) representa uma área dos cuidados de saúde muito restrita, cujos custos são extremamente elevados, e crescem a um ritmo superior ao aumento do orçamento de Estado para a saúde. Comenta, ainda, que existem atualmente três modalidades de tratamento disponíveis para os doentes com IRCT: hemodiálise (HD), diálise peritoneal (DP) e transplantação renal (TR).

Coelho et al (2014) ao se reportarem à esperança média de vida de pacientes diagnosticados com insuficiência renal crônica terminal, até meados de 1960, era reduzida. Hoje, a realidade é outra, pois os avanços tecnológicos e terapêuticos, através da diálise, permitem que esses pacientes levem uma vida relativamente normal. Afirma que Portugal foi o primeiro país do mundo a conceber e implementar um programa de gestão de doença renal crônica em todo o seu território.

A Associação dos Renais do Norte de Portugal (2006, p. 7), historiando a diálise na Europa, referem em estudo que:

Nos finais do ano de 1965, havia na Europa apenas 150 doentes com Insuficiência Renal Crônica (não esquecer que aqui são referidos os milhares que morreram por falta de tratamento e outros pelo desconhecimento médico à data); os atrás referidos eram aqueles que contabilizados eram já tratados pela hemodiálise regular (Portugal, 2006, p 7).

Esse fato foi importante para melhorar a qualidade de vida desses pacientes que dependem de uma máquina para viver, mas viver com qualidade. Conforme a Sociedade Portuguesa de Nefrologia (2008), em estudo realizado sobre o Impacto de Hemodiálise nos Doentes Renais Crônicos, a maioria dos doentes em terapia de diálise mantêm uma qualidade de vida aceitável. Por outro lado, Vinhas (2003) afirma que alguns doentes experienciam uma diminuição gradual desta qualidade e enfatiza que é preciso ter a noção de que existem casos em que a diálise é pior do que a morte.

Martins & Cesarino (2005) dizem que a hemodiálise é responsável por um cotidiano monótono e restrito, sendo assim um processo que limita as atividades desses pacientes contribuindo para o sedentarismo e a deficiência funcional, fatores que refletem na vida diária desses indivíduos.

Ainda segundo descrito no estudo intitulado Impacto da Hemodiálise nos doentes renais crônicos, realizado pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2008), estima-se que mais de 800 mil portugueses sofram de doença renal crônica. E, todos os anos, cerca de 2500 pessoas começam a fazer diálise. Nesse estudo, mostram que dos doentes que iniciam diálise em cada ano, 20,9 % têm doença coronariana e 16,7% tiveram um AVC (Acidente Vascular Cerebral).

Outro dado avaliado também nesse estudo sobre Impacto da Hemodiálise nos doentes renais crônicos, realizado pela Sociedade Portuguesa de Nefrologia (SPN) (2008), retrata que a população com Insuficiência renal crônica terminal tem crescido ao ritmo de 5,5% ao ano, mais do que duplicando a cada 20 anos. Em 1997, esta população incluía

9.668 doentes. Portanto, há cada vez mais casos de insuficiência renal crônica terminal (IRCT), diagnosticados em Portugal. Já em 2009, mais precisamente em 31 de dezembro de 2009, havia cerca de 16.000 doentes com essa patologia. Desses, estavam em hemodiálise 9.646 pacientes, em diálise peritoneal 571 e transplantados renais 5.793. Iniciou-se terapêutica de substituição renal em 2.548 doentes, o que representa uma incidência de 230 por milhão de habitantes (SPN, 2013).

O estudo realizado em 12 países europeus intitulado Tratamento Desigual para Doentes Renais na Europa, desenvolvido pela Federação Europeia de Doentes Renais (CEAPIR) (2011), indica que dois terços dos doentes renais crônicos consideram insuficientes a informação que lhes é facultada sobre as técnicas de diálise disponíveis.

Vinhas (2003) afirma que a população submetida a HD é predominantemente tratada em centros ou hospitais e, em pequena percentagem no domicílio. Simultaneamente, a maioria dos doentes com menos de 70 anos é de candidatos ao transplante renal (Tx Renal). Reforça, também, que os dados podem ser explicados por diversas políticas econômicas e este motivo faz com que ocorram variações significativas entre países no uso das diferentes modalidades terapêuticas disponíveis. Diz ainda que, o que pode explicar as diferenças são as variadas culturas, assim como diferentes abordagens médicas.

Um dos fatores que parece ter impacto na opção pelas diferentes modalidades terapêuticas é a estrutura prestadora dos cuidados de saúde. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2007), Portugal ocupa uma posição única no contexto Europeu em relação à organização de serviços de prestação de cuidados hemodialíticos a pacientes crônicos renais.

Nascimento & Dias (2007) afirmam que em Portugal a quase totalidade da oferta é de iniciativa privada, e 90% dos doentes renais são tratados em serviços privados de hemodiálise e, entre 7 a 8%, em unidades hospitalares do Serviço Nacional de Saúde. Dizem, ainda, que em relação à perspectiva econômica de regulação, é importante a abrangência geográfica de cobertura da rede de serviços de hemodiálise que seja capaz de proporcionar os tratamentos em condições tais que produza a melhor utilização dos recursos.

A pesquisa Tratamento Desigual para doentes renais na Europa realizada pela CEAPIR (2011) descreve os seguintes dados em relação ao tratamento renal em Portugal, para uma População de 10.607.000:

- Gastos de saúde por orçamento governamental: 15,4%
- N° total de doentes renais: 17.044
- Registro de Doentes: Sim, desde 1984
- N° de doentes em HD: 1000
- N° de doentes em DP: 734
- N° de doentes em HD em Centro: 9.300
- N° de doentes em HD domiciliar: menos de 15
- Transplantados: 6.000

Como se observa, os dados divulgados apontam a existência de 17.500 pessoas em Portugal a realizar uma das técnicas de substituição do rim. Entretanto, a rede privada lidera os serviços disponíveis e, sendo assim, a revisão na política de tratamento renal em Portugal diz que devido ao elevado número de doentes em TRS, A União Européia (UE) recomenda aumentar a proporção de diálise pública. Mas, de acordo com Nascimento & Dias (2007), em Portugal, o Serviço Nacional de Saúde fez opção por não ter ação direta nos serviços de hemodiálise, ditadas pela necessidade de contenção do déficit orçamental. Existe, portanto, uma tendência de privatização e reorganização do Serviço Nacional de Saúde.

Em 2006, o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2006) estimou poupar seis milhões de euros com a redução de dois por cento (2%) no preço do tratamento em hemodiálise. O valor passaria para 537,25 euros, em vez dos atuais 547,94. Essa redução ampliaria em nove milhões de poupança nas transfusões de sangue e na manutenção dos acessos vasculares para permitir a hemodiálise, que passariam a ser assegurados pelos centros convencionados e, com isso, contenção de despesa. “Este foi um acordo muito difícil”, pois era uma área responsável por cerca de 250 milhões de euros.

A contrapartida do governo seria a responsabilidade pelo acesso vascular. Sendo assim, os hospitais públicos passariam a ter a responsabilidade de construir o primeiro acesso vascular definitivo. Os acessos vasculares seguintes seriam de responsabilidade das clínicas desde que essas passassem por um processo de credenciamento e reconhecimento pela Direção-Geral da Saúde. Durante esse período, os hospitais públicos fariam este trabalho, mas o pagamento seria feito pelas entidades privadas.

Essa estratégia é importante para a condução do processo uma vez que Portugal é um dos países europeus com maior taxa de doentes com insuficiência renal. Estima-se que dez por cento da população sofre de doença renal crônica e mais de 16 mil doentes vivem com a forma mais grave da doença (Gomes, 2010). Ainda de acordo com a Associação Nacional de Centros de Diálise (ANADIAL), estima-se que haja 2.500 doentes novos por ano a precisar de diálise e que em 10 mil doentes já em tratamento, cerca de 30 por cento precise renovar os acessos vasculares.

Nascimento & Dias (2007), em relação a essa tendência, dizem que a reorientação das políticas de saúde dos governos europeus cria oportunidade para concentração da oferta privada no serviço de hemodiálise. Na maior parte dos países europeus, um considerável número de clínicas de hemodiálise é controlado pelo Estado, com especial destaque para os países da Europa do Norte: países como a Finlândia, a Dinamarca e Bélgica apoiam-se exclusivamente na oferta da rede pública.

Entre os gastos com diálise de acordo com a jornalista Mendes (2013) o ministro da Saúde, Paulo Macedo, em debate na conferência “Estado Social. Que futuro?” admite que o tratamento de substituição renal domiciliar por via peritoneal está abaixo da média europeia. Ainda segundo o ministro, utilizando os dados da Administração Central do Sistema de Saúde, apenas 7% dos doentes realizavam essa terapia. E reforça dizendo que os custos com essa terapia domiciliar serão semelhantes aos pagamentos feitos aos hospitais; entretanto, quando pensamos em custos, a poupança está nos transportes, que rondam 20% a 30% dos custos em diálise, o que aumenta cerca de 200 milhões de euros anuais.

Vale ressaltar que a diálise peritoneal é uma técnica de substituição da função renal na terapêutica da doença renal crônica terminal equivalente à hemodiálise. É considerada a principal terapia dialítica domiciliar em âmbito mundial, sendo o uso importante no tratamento de crianças, idosos, diabéticos e doentes que entram em diálise (Santos, 2013).

Santos (2013), repórter do jornal Público de Portugal, diz que de acordo com o ministro da saúde, a diálise peritoneal apresenta uma série de vantagens: não exige acesso vascular, o que diminui a probabilidade de infecções, o doente faz o tratamento em casa, melhora a possibilidade de mobilidade do doente, o que representa ganhos consideráveis em termos de qualidade de vida, e é cerca de 30% mais econômica para o Estado. Diz, também, que um doente em hemodiálise custa entre 450 euros e 470 euros por semana ao Estado; portanto, por mês, temos um total de 1.900 euros e ao ano 290 milhões de euros. O

paciente, na troca de modalidade dialítica para DP, permite uma poupança de até 87 milhões de euros anuais. Infelizmente nem todos os pacientes podem fazer diálise peritoneal.

A Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua -DPAC: permite a realização em domicílio pelo paciente e/ou responsável, sendo 4 trocas diárias, com tempo de permanência de 4 a 6 horas. Diálise Peritoneal Contínua Assistida por Ciclodora - CCPD ou Diálise Peritoneal Automática - DPA: realizada a noite durante o sono do paciente, ficando este conectado a uma máquina ciclodora automática que periodicamente substitui a solução de diálise por uma nova, por meio da gravidade (Silva & Silva, 2003, p. 10).

Nascimento & Dias (2007) dizem que os cuidados de diálise têm preço tabelado, fixado pelo Serviço Nacional de Saúde às empresas convencionadas. Ressaltamos, aqui, que alguns fatores são determinantes para a escolha de modalidade e que, a diálise peritoneal, assim com a hemodiálise, precisa de um acesso dialítico, além de treinamentos aos pacientes e familiares e isso também implica custos.

Silva & Silva (2003) afirmam que outro agravante nessa modalidade é o nível de escolaridade dos pacientes, fator este importante para a compreensão do tratamento, capacidade de aprender os conceitos básicos da técnica do CAPD e como proceder na técnica do autocuidado. Concluem dizendo que a enfermagem necessita participar mais efetivamente junto aos clientes, orientando-os e esclarecendo-os constantemente. Todas essas modalidades dialíticas precisam ser compartilhadas e definidas em conjunto entre a enfermeira assistencial e o médico assistente, desde a avaliação inicial até a decisão definitiva.

1.3 ENFERMAGEM E LEGISLAÇÃO EM DIÁLISE

Atualmente é inquestionável o aumento do número de pacientes que precisam de um serviço de terapia de substituição renal. As diálises, em suas duas formas, hemodiálise ou diálise peritoneal, são as modalidades de tratamento mais frequentes. O acesso ao serviço implica delicada questão do subsídio financeiro para custear este tratamento que pode ou não estar disponível, dependendo se o paciente possui a alternativa dos planos de saúde ou se depende dos sistemas públicos.

A disponibilidade dos recursos para o tratamento dialítico, principalmente nos lugares onde há poucos incentivos financeiros para o prestador de serviço, quando a

escolha da modalidade de diálise é a peritoneal, a empregabilidade médica sofre o impacto (Szuster, Caiaffa, Andrade, Acurcio, Assis & Cherchiglia, 2012).

Antes das regulamentações atualizadas relacionadas à terapia dialítica, subsistia uma legislação fragmentada, a qual tratava a problemática da Doença Renal Crônica (DRC) de forma pontual.

Considerando a importância desse serviço de terapia de substituição renal no Brasil, em 2004 foi instituída uma Política de Atenção ao Portador de Doença Renal Crônica, sendo assim, um novo regulamento técnico para os serviços de diálise que entrou em vigor através da Portaria Nº 1168/GM em 15 de junho de 2004, institui a Política Nacional de Atenção ao Portador de Doença Renal, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

A qualidade do atendimento à saúde está intrinsecamente relacionada ao monitoramento dos riscos. Assim sendo, o serviço de terapia dialítica é desenvolvido através de resoluções e normatizações que direcionam a prestação da assistência aos pacientes renais. Estas resoluções estabelecem regras diversas que vão desde a estruturação física até o dimensionamento de recursos humanos.

Muito embora os serviços de diálise busquem contemplar as normatizações exigidas pelos órgãos competentes, o serviço de terapia renal substitutiva só tem liberação para atendimento terapêutico após licenciamento de acordo com a legislação vigente. Assim, atendendo ao regulamento técnico de que trata o Artigo 1º - Portaria n.º 82/GM – de 03/01/2000 – Secretaria de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e demais legislações pertinentes, o serviço de hemodiálise para funcionar deve ser licenciado através da concessão de licença expedida pela autoridade sanitária competente do Estado ou Município. Considerando elevar a qualidade dos estabelecimentos, com instrumentos que promovam a melhoria da assistência prestada, cabe à vigilância sanitária de serviços de saúde fazer essa fiscalização.

Portanto, o papel da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em âmbito nacional é coordenar as ações de vigilância sanitária de serviços de saúde executadas por estados, municípios e pelo Distrito Federal. Outra responsabilidade da ANVISA é elaborar normas de funcionamento, observar seu cumprimento, estabelecer mecanismos de controle e avaliar riscos e eventos adversos relacionados a serviços prestados por hospitais, clínicas de hemodiálise, postos de atendimento, entre outros (Brasil, 2000).

De acordo com o Art. 10 da RDC – 154, que dispõe sobre a avaliação dos serviços de diálise, esses serviços devem estar aptos a obedecer as seguintes determinações:

10.1. Compete aos serviços de diálise a realização continuada de avaliação do desempenho e padrão de funcionamento global e por modalidade de tratamento dos serviços.

10.1.1. A avaliação deve ser realizada levando em conta os “Indicadores para a Avaliação do Serviço de Diálise” e as demais disposições estabelecidas em Resolução Específica da ANVISA (RE).

10.2. Os serviços de diálise devem disponibilizar à Vigilância Sanitária as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos eventos adversos.

10.2.1. Sempre que solicitado, os serviços de diálise devem enviar o resultado do monitoramento dos indicadores para as secretarias municipais e estaduais de saúde e Governo Federal (Brasil, 2004, p.13).

Em uma instituição de saúde, com exceção dos funcionários, as pessoas só estão presentes quando apresentam algum problema relacionado à saúde. Ao se sentirem debilitados, os pacientes esperam ser cuidados, confortados e amparados. O serviço de hemodiálise é complexo e necessita da atuação de profissionais capacitados e comprometidos com a dinâmica da instituição.

Segundo Silva (2011, p. 269), hoje, os usuários dos serviços de saúde buscam estar sempre bem informados, exigindo seus direitos e um tratamento justo por parte dos fornecedores desses serviços. E complementa dizendo ainda que a qualidade em saúde está diretamente ligada às questões éticas e legais, e cada profissional deve adotar princípios éticos para que as relações com profissionais, usuários e fornecedores tenham melhor qualidade, necessitando menos da lei para impor o que lhes é de direito. Portanto, a sociabilidade da pessoa preocupa-se com a conduta capaz de criar um vínculo com outrem; atua sobre a relação entre sujeitos conscientes dos seus direitos e de suas obrigações.

Os hospitais só existem porque há pessoas necessitando de tratamento para a sua saúde. Logo, é justo que os profissionais dessa instituição mantenham o foco principal do usuário que é a recuperação de sua saúde com melhor atendimento. Se o atendimento prestado no serviço não derivar de boa conduta e princípios, o impasse termina sendo discutido no judiciário. (Silva, 2011).

Segundo Marx & Morita (2003, p. 19), uma das competências do serviço de hemodiálise é prestar um serviço qualificado ao paciente, atendendo aos padrões de segurança necessários, com exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos.

Com a criação da Lei nº 8.078/1990, as relações de consumo, prestação de serviços e fornecimentos de bens foram normatizadas. Desse modo, o consumidor, sendo a parte mais fraca da relação, foi protegido pelo legislador com a criação da referida lei, a qual visava trazer equilíbrio à relação de consumo. Esse Código de Defesa do Consumidor (CDC) foi um grande avanço contra os abusos cometidos pelo poder econômico.

O artigo 14 do Código de Defesa do Consumidor (CDC) dispõe sobre a prestação de serviços deficitária e a responsabilidade em que os médicos são enquadrados. Já em seu artigo 18, o hospital, como fornecedor de serviços, responde independentemente de culpa pelos danos causados aos pacientes (consumidores).

Conforme a Lei nº 8.078/90, de 11 de setembro de 1990 - Código De Defesa Do Consumidor – Art. 6º, são direitos básicos do consumidor:

“I - a proteção da vida, saúde e segurança contra os riscos provocados por práticas no fornecimento de produtos e serviços considerados perigosos ou nocivos;
Art. 14. O fornecedor de serviços responde, independentemente da existência de culpa, pela reparação dos danos causados aos consumidores por defeitos relativos à prestação dos serviços, bem como por informações insuficientes ou inadequadas sobre sua fruição e riscos”.

A Constituição Federal de 1988 é a norma maior em nosso ordenamento jurídico vigente. Todas as demais normas jurídicas, sejam elas legais ou infralegais, deverão estar de acordo com a Constituição, sob pena de serem declaradas inconstitucionais, pelo controle difuso e/ou concentrado.

Diz o art. 5º da Carta da República:

Art. 5º Todos são iguais perante a Lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade.

Segundo Yamauchi (2009) “historicamente, o enfermeiro vem sendo preparado para assumir cargos administrativos nas instituições de saúde” e, de acordo com a Lei nº 7498 – que rege o exercício profissional de enfermagem, Art.11- inciso I e alínea b, é Privativo do Enfermeiro “Organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços” (Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, 2007).

Inicialmente, é preciso lembrar que o serviço de enfermagem é pautado em leis, decretos e resoluções. A Resolução - 146 do Conselho Federal de Enfermagem COFEN normatiza, de forma geral, a obrigatoriedade da existência de um profissional de

Enfermagem de nível superior em unidades ou instituições nas quais sejam desenvolvidas ações de Enfermagem, sendo que tal existência seja em período integral. Portanto, reforça-se aí, a importância do (a) enfermeiro (a) enquanto coordenador e supervisor máximo de toda e qualquer conduta da enfermagem (Fontinele Junior, 2001).

Segundo Bocchi & Favero (1996, p. 41), em estudo a respeito da caracterização das atividades do enfermeiro em hospital universitário, rastreando a prática da enfermagem brasileira, diz que “desde a década de 40 até os nossos dias, defrontamos com o enfermeiro desempenhando, predominantemente, a função de gerente do serviço de enfermagem, principalmente no mercado de trabalho hospitalar”.

No mundo contemporâneo, a atuação do enfermeiro tem sido caracterizada por mudanças constantes. Induzidas inicialmente pela Constituição Brasileira de 1988, as organizações do setor de saúde no Brasil tiveram mudanças no contexto organizacional. (Rodrigues et al, 2011).

Nesse contexto, a área da nefrologia tornou-se um campo de destaque para a atuação do enfermeiro. Essas mudanças estão relacionadas especialmente ao uso de novas tecnologias e pela necessidade de atualização profissional permanente, de forma a promover a melhor utilização dos recursos disponíveis de maneira racional e efetiva.

Uns dos aspectos éticos, trabalhista e legal, nos serviços de hemodiálise estão relacionados aos recursos humanos que desenvolvem suas atividades laborais nesses serviços. O aumento de demanda dessa população de pacientes renais em programa hemodialítico gerou a necessidade de investir na formação de enfermeiro especialista em nefrologia.

Spinola, Oliveira & Schuengue (2008), ao falarem do impacto da Portaria 2.042 do Ministério da Saúde, diz que essa portaria, diante a reestruturação quase que imediata em todos os serviços de diálise no Brasil, tornou obrigatória a presença de um enfermeiro para responder pelos procedimentos de enfermagem em cada centro de diálise. Conforme o § 3º, O Enfermeiro Responsável Técnico deve possuir treinamento em diálise reconhecido pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em Nefrologia (SOBEN) (Brasil, 1996; p 9).

Ainda de acordo com Spinola et al (2008, p. 140) até 1996, não havia a necessidade do enfermeiro ter reconhecimento da SOBEN; bastava ter experiência para realizar as técnicas.

Lima & Santos (2004, p. 35) dizem que “a especialização proporciona um conhecimento focalizado em procedimentos técnicos específicos, aprimorando o cuidado

de enfermagem dirigido ao cliente portador de insuficiência renal”. Com isso há a motivação dos enfermeiros em buscar especialização, além de adquirir o conhecimento específico que os torna capacitados para divulgar sua experiência e a autonomia no trabalho.

Andrade & Viana (2008), no estudo a respeito da posição da enfermagem na contínua profissionalização e a expansão da especialização, concluem que a enfermagem possui um corpo de conhecimentos específicos, porém alguns pontos precisam ser revistos como é o caso das especializações de enfermagem, pois como não existe uma política oficial que regule a especialidade da enfermeira, na prática elas acabam assumindo unidades que não são específicas de sua especialização.

O avanço tecnológico e o desenvolvimento das técnicas de tratamento e as novas normatizações políticas exigem no mercado um profissional enfermeiro qualificado, deixando à prioridade da realização dos procedimentos técnicos para assumir a função gerencial, de treinamento e coordenador da equipe de enfermagem. Nesse contexto, Bocchi e Fávero (1996, p. 41) dizem que: “a formalização de uma autoridade legal, associada ao papel já desempenhado pelo enfermeiro ao longo dos tempos em organizações de saúde, determinaram-lhe a responsabilidade pela administração da assistência de enfermagem. Esse profissional precisava ser especialista na área, assim sendo, o governo através da resolução 154/2004 passou a cobrar dos centros de diálise a especialização em nefrologia para os enfermeiros (Spinola et al, 2008).

Em Portugal não é diferente. Faz-se também necessária a especialização de enfermeiros na área de nefrologia a fim de que possam atuar em hemodiálise. Como normatização, na Ordem dos Enfermeiros de Portugal fica estabelecido o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista; sendo assim, descreve o seguinte:

Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Portugal, 2011, p. 8648);

Complementando as questões referentes às competências dos enfermeiros especialista, tem-se como regulamentado:

Artigo 1º - Objeto

O presente Regulamento define o perfil das competências comuns dos enfermeiros especialistas e estabelece o quadro de conceitos aplicáveis na regulamentação das competências específicas para cada área de especialização em enfermagem.

Artigo 2º - Âmbito e finalidade

- 1- O conjunto de competências clínicas especializadas decorre do aprofundamento dos domínios de competências dos enfermeiros de cuidados gerais e concretiza-se, em competências comuns, aqui previstas, e em competências específicas.
- 2- O perfil de competências comuns e específicas visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências e comunicar aos cidadãos que podem esperar.
- 3- As competências específicas serão reguladas em regulamento próprio de acordo com a respectiva área de especialização em enfermagem.
- 4- A certificação das competências clínicas especializadas assegura que o enfermeiro especialista possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza em contexto de prática clínica que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde do grupo-alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção (Portugal, 2011, p. 8648-8649).

No Brasil, a Resolução COFEN Nº 389/2011 atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para registro de título de pós-graduação lato e stricto sensu concebido a enfermeiros e lista as especialidades conforme descrito abaixo:

Art. 1º - Fixar como Especialidades de Enfermagem, de competência do Enfermeiro as abaixo nominadas [...] dentre elas a nefrologia.

A Lei do Exercício Profissional nº7.498/1996 em seu artigo 11, que explicita as atividades privativas do enfermeiro e o desempenho de suas funções, impõe-se a qualificação do Enfermeiro com bases em critérios técnicos e científicos.

Art. 1º Ao Enfermeiro detentor de títulos de pós graduação (lato e stricto sensu) é assegurado o direito de registra-los no Conselho regional de Enfermagem de sua jurisdição, conferido legalidade para atuação na área específica do exercício profissional.

Silva (2011, p. 269) refere que a qualidade em saúde é um campo vasto, que envolve a atuação de pessoas que receberão responsabilidades para as quais, muitas vezes, não estão preparadas. Sendo assim, nos serviços de hemodiálise, cabe ao Enfermeiro, até por disposições legais, a chefia, e responsabilidade pelo atuar da equipe de enfermagem.

De acordo com O Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais, o enfermeiro responsável técnico tem a responsabilidade que vai além da técnica.

“Dentre tantas atribuições dos Enfermeiros Responsáveis Técnicas (RTs), está a de fazer cumprir preceitos éticos e legais da Enfermagem, tão importantes para garantir a qualidade da assistência prestada à população. Diante dessa e de várias outras competências pelas quais esses profissionais respondem – seja em relação aos próprios atos ou aos da equipe que dirige precisam ter conhecimentos fundamentais para a eficácia das responsabilidades de direção, organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares” (COREN-MG, 2010, p. 7).

A Agência de Vigilância Sanitária (AVS), diante do acompanhamento desses serviços e considerando a necessidade de aprimoramento na qualidade da assistência ao paciente renal, estabelece em 13 de Março de 2014 a Resolução Nº 11, a qual dispõe sobre

os requisitos de boas práticas de funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências:

No Art, 3º inciso VII define gerenciamento de tecnologia em saúde: procedimentos de gestão, planejados e implementados a partir de bases científicas e técnicas, normativas e legais, com o objetivo de garantir a rastreabilidade, qualidade, eficácia, efetividade, segurança e, em alguns casos, o desempenho das tecnologias de saúde utilizadas na prestação de serviços de saúde abrangendo cada etapa do gerenciamento, desde o planejamento e entrada no estabelecimento de saúde até seu descarte, visando à proteção dos trabalhadores, a preservação da saúde pública e do meio ambiente e a segurança do paciente.

No Art, 3º inciso XIV – diz que responsável técnico- RT é o profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a autoridade sanitária competente a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente.

Art, 7º O serviço de diálise deve dispor de normas, procedimentos e rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda a equipe. Parágrafo único. Para a definição e elaboração das normas, procedimentos e rotinas técnicas, devem ser observadas as normativas vigentes e as melhores evidências científicas disponíveis.

Art, 9º O serviço de diálise deve implantar mecanismos de avaliação da qualidade e monitoramento dos seus processos por meio de indicadores ou de outras ferramentas. Parágrafo único. O serviço de diálise deve manter disponível para as autoridades sanitárias competentes as informações referentes à avaliação da qualidade e monitoramento dos processos desenvolvidos no serviço (Brasil, 2014. p.1. p.2).

A Enfermagem e suas atividades auxiliares são regulamentadas pela Lei 7.498/86 e Decreto 94.406/87. Entretanto, o órgão disciplinador e fiscalizador do exercício da Enfermagem, bem como suas atividades auxiliares, é o sistema COFEN / COREN's, conforme estabelece a lei nº 5.905/73, da qual destacamos os seguintes artigos:

Art. 2º - O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 15 – Compete aos Conselhos Regionais;

I – deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;

II – disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;

III – fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;

V – conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;

O Conselho Federal de Enfermagem resolve através da Resolução COFEN / nº 302/2005, baixar normas para a Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro; sendo assim, o COFEN, considerando a Deliberação da Plenária em sua 327ª Reunião Ordinária, resolve:

Art. 1º - A Anotação pelo COREN, da Responsabilidade Técnica do Enfermeiro pela gestão do Serviço de Enfermagem de todos estabelecimentos, onde houver atividade de enfermagem, passa a ser regida pela presente Resolução.

Art. 2º - Todo estabelecimento onde existem atividades de Enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar Certidão de responsabilidade Técnica de Enfermagem, cuja anotação deverá ser requerida pelo profissional Enfermeiro.

§ 1º - A Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, deverá ser renovada a cada 12(doze) meses. Após sua emissão.

§ 2º - Em caso de substituição do Responsável Técnico – RT, em período inferior a um ano, a direção do estabelecimento deverá encaminhar ao COREN, dentro de 15 dias, a partir da ocorrência, a eventual substituição da Anotação da Responsabilidade Técnica, requerida ao COREN pelo novo enfermeiro, conforme disposto no Art, 3º (referente a documentação para requerimento de Anotação de Responsabilidade Técnica).

Muitas são as atribuições da equipe de enfermagem; sendo assim, é necessário um direcionamento aos profissionais que atuam na área de enfermagem. Para isso, o enfermeiro que tem o papel privativo de gerenciar sua equipe, deve ter seu respaldo legal para o exercício profissional. Diante dessa necessidade, o Conselho Regional de Enfermagem do Pará, em sua 345ª Reunião Ordinária de Plenário, no uso de suas atribuições legais e regimentais; estabelece a DECISÃO COREN-PA Nº 28/2005, na qual baixa normas para definição das atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico e, considerando o que dispõe a Resolução COFEN 302/2005, decide:

Art. 1º - O enfermeiro responsável técnico da Instituição em que trabalha, terá perante o Conselho Regional de Enfermagem, as seguintes atribuições:

1.3 – Organizar o Serviço de Enfermagem de acordo com a especificidade de cada instituição, elaborando: Regimento Interno do Serviço de Enfermagem; Atribuições do pessoal de enfermagem e manual de normas e rotinas. Considerando de maneira especial a legislação trabalhista e demais regulamentações pertinentes;

1.6 – Responsabilizar – se pela elaboração da escala de trabalho do pessoal de enfermagem;

1.7 – Promover direta e indiretamente a capacitação do pessoal de enfermagem;

1.8 – Manter registro das atividades administrativas e técnicas de Enfermagem;

1.20 – Comunicar ao COREN/PA, quando deixar de responder pela Chefia do Serviço de Enfermagem, para cancelamento de CRT (COREN/PA, 2005, p 1, p 2).

O enfermeiro gerente tem a equipe de enfermagem sob seu domínio e responsabilidade. É importante ressaltar que essa equipe de enfermagem é a maior população de trabalhadores de uma instituição hospitalar. Portanto, é imprescindível que o enfermeiro seja um líder à frente da coordenação de sua equipe. Não existe uma fórmula, mas sabe-se que o líder deve ter habilidades diferenciadas que são usadas como instrumento na influência sobre o grupo para com os interesses de uma organização e isso reflete no sucesso do líder perante a equipe (Costa, Silva & Espíndula, 2010).

A administração da assistência de enfermagem materializou-se num gerente: o enfermeiro. Segundo Bocchi & Fávero (1996) o fator determinante da diferença entre o enfermeiro gerente do não gerente, reside no fato de que o primeiro, além da função de direção, tem por responsabilidade gerenciar pessoas; portanto, responsabilizar-se pelas

ações de outrem. Por outro lado, o enfermeiro não gerente, também desenvolve o processo administrativo, ou seja, ele planeja, executa e avalia as ações de enfermagem. A diferença é que o não gerente não delega as atividades a sua equipe; ele executa e avalia.

Souza et al (2011, p.139), em um estudo sobre a problemática da elaboração da escala mensal de enfermagem, discorrem que “a enfermeira, na condição de responsável técnico do serviço de enfermagem deve ter habilidade na elaboração da escala de pessoal.”

Conforme descrito na Resolução COFEN Nº 290/2004, tem-se a considerar:

Art. 2º - O dimensionamento e a adequação quantqualitativa do quadro de profissionais de Enfermagem deve basear-se em características relativas:

I-à instituição/ empresa: missão; porte; estrutura organizacional e física; tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas e indicadores hospitalares do Ministério da Saúde. (COFEN, 2004,p.2-3).

Art. 7º - Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para o dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem. (COFEN, 2004, p.4).

Art. 8º - O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada. (COFEN, 2004, p.4).

Parágrafo único – O quantitativo de Enfermeiros para o exercício de atividades gerenciais, educação continuada e comissões permanentes, deverá ser dimensionado de acordo com a estrutura da organização/empresa (COFEN, 2004, p.4).

O Serviço de hemodiálise, segundo a RDC nº 154, estabelece que para o funcionamento do serviço é necessário que, em cada turno de hemodiálise, haja, no mínimo, um médico e um enfermeiro para cada 35 pacientes e um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada quatro pacientes e que todos os membros da equipe devem permanecer no ambiente de realização da diálise durante todo o período de duração do turno (Brasil, 2004).

Além dos profissionais descritos anteriormente, a resolução traz ainda como regulamento técnico sobre os recursos humanos desses serviços, que cada centro de diálise deve ter a ele vinculados, no mínimo, 02 (dois) médicos nefrologistas, devendo residir no mesmo município ou cidade circunvizinha; 02(dois) enfermeiros especialistas, 01(um) assistente social, 01(um) psicólogo; 01(um) nutricionista; auxiliares ou técnicos de enfermagem de acordo com o número de pacientes; auxiliar ou técnico de enfermagem exclusivo para o reuso e 01(um) funcionário, exclusivo para serviços de limpeza.

A dimensão técnica abrange conhecimentos e instrumentos importantes diante de um projeto assistencial; sendo assim, o enfermeiro deve planejar, coordenar, supervisionar,

controlar e avaliar, pois o direcionamento dos objetivos e resultados parte de quem lidera o grupo executante da ação (Costa et al, 2010).

A elaboração da escala mensal e diária de Enfermagem é competência da enfermeira que, como gerente, articula e integra o processo de dimensionamento e distribuição de pessoal de enfermagem (Souza et al; 2011, p. 139). Essa é uma questão trabalhista importante dentro da gestão em hemodiálise. Ao longo dos anos, os serviços de nefrologia espalhados pelo país vêm evoluindo e aperfeiçoando os atendimentos e as equipes médicas e de apoio. De acordo com Montezeli & Peres (2009), desde a concepção da enfermagem como profissão, o parcelamento entre os diferentes membros da equipe teve na gerência o elo de articulação das atividades e de sua integração ao processo de trabalho em saúde como um todo.

A equipe de enfermagem tem sob seu domínio a maior população de trabalhadores de uma instituição hospitalar. O dimensionamento de pessoal de enfermagem é uma etapa inicial dos gestores de enfermagem deste processo, que tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria (Nishio & Franco; 2011, p. 100).

A enfermagem brasileira ainda não tem uma carga horária definida e quando o enfermeiro assume um cargo de gerência da equipe de enfermagem, a carga horária desse profissional geralmente é de oito horas diárias, e além da gerência, esse enfermeiro assume também o cuidado direto ao paciente. Segundo Souza et al (2011, p. 139), em sua pesquisa sobre a problemática da elaboração da escala mensal, identificaram que na unidade pesquisada haviam “duas enfermeiras que trabalham no período diurno: sendo que uma exerce a função assistencial e cargo de chefia da unidade, com carga horária diária de oito horas e a outra, a função assistencial, com jornada diária de seis horas no período da tarde”. Portanto a carga horária é uma problemática na elaboração da escala mensal.

A categoria dos Enfermeiros não possui um piso salarial determinado por lei ou Convenção Coletiva, assim como não existe uma jornada de trabalho definida em horas trabalhadas. Conforme descrito pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) (2012), no Brasil somente os estados do Amazonas, Mato Grosso, Rondônia e Distrito Federal possuem regulamentada uma carga horária de trabalho de trinta (30) horas semanais.

Na visão de Lima & Santos (2004, p. 102), o enfermeiro tem atribuições bem definidas frente à equipe multiprofissional, atua como elo intermediário entre as informações levantadas pelos diferentes membros da equipe, assim como é capacitado para exercer papel educativo, coordenar e encaminhar a outros especialistas.

A insuficiência de recursos humanos para o serviço de enfermagem tem sido preocupante, especialmente para os enfermeiros que ocupam cargos de gerência, uma vez que tal inadequação implica questões legais, de saúde e satisfação do próprio profissional (Nishio & Franco; 2011, p. 101).

Segundo Marx & Morita (2003, p. 19), uma das competências do serviço de hemodiálise é prestar um serviço qualificado ao paciente, atendendo aos padrões de segurança necessários, com exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento em relação aos benefícios obtidos.

Conforme descrevem Nishio & Franco (2011, p. 101), o dimensionamento da equipe de trabalho deve estar em consonância com as características próprias da Instituição, da clientela e dos recursos humanos existentes. E complementam esse pensamento dizendo que os aspectos quantitativos para o dimensionamento dos profissionais de enfermagem, nas instituições de saúde, são considerados essenciais, a fim de garantir a segurança, a qualidade e a continuidade da assistência ao paciente, frente à complexidade do cuidado e preparo dos profissionais.

Diante dessa complexidade da assistência de enfermagem, a distribuição de pessoal de enfermagem para a efetivação desse cuidado é uma atividade complexa que despende tempo e requer da parte de quem a faz, conhecimentos relativos às necessidades dos usuários, à dinâmica do serviço, às características da equipe de enfermagem e às leis trabalhistas. As escalas de férias, mensais e diárias são a forma que os enfermeiros encontram para a realização da distribuição de pessoal. Essas escalas contribuem para garantir os números de profissionais na assistência de enfermagem prestada nas 24 horas do dia (Massarollo; 1991, p. 107).

Souza et al (2011, p. 139) destacam como fatores intervenientes na elaboração das escalas de trabalho, o número de funcionários, cargas horárias, licenças médicas, turnos, limitações e produtividade dos funcionários envolvidos, relação entre os funcionários escalados, grau de dependência dos pacientes e complexidade da clínica.

Segundo Massarolo (2011, p. 107), frequentemente, compete à enfermeira chefe da unidade a elaboração da escala mensal, porém essa atividade poderá ser delegada a outro elemento da equipe de enfermagem, após orientação de critérios de elaboração.

Os gestores, considerando a sustentabilidade das instituições com relação a custo e dimensionamento de pessoal, racionalizam o trabalho e, conseqüentemente, os recursos humanos e materiais. Embora a força de trabalho da enfermagem tenha obtido

reconhecimento nos últimos anos, por parte de gestores de saúde, ainda observam-se desequilíbrios na distribuição desses profissionais, em diferentes setores de instituições hospitalares. Esse descompasso, além da desqualificação da assistência, gera dificuldades assistenciais e gerenciais e os custos aumentam (Nishio & Franco; 2011).

Para Massaro & Chaves (2009, p. 152), o enfermeiro é o profissional legalmente responsável por assumir a atividade gerencial, a quem compete a coordenação da equipe de enfermagem (enfermeiro, técnicos e auxiliares de enfermagem), bem com a viabilização do processo cuidativo. Complementam dizendo que:

“A enfermagem, orientada pelo método funcional de organização e gestão do trabalho enfatiza a divisão do trabalho em tarefas, a excessiva preocupação com os manuais de procedimentos, rotinas, normas, escala diárias de distribuições de tarefas e fragmentação da assistência focada no cumprimento de tarefas. Os técnicos e os auxiliares de enfermagem cuidam da assistência direta, a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho.”(Massaro & Chaves; 2009, p.152).

Dentro do sistema produtivo, a enfermagem tem, em sua história, o cuidado específico ao doente e, em sua maioria, trabalhadores do sexo feminino, assalariadas, vendedoras de sua força de trabalho tanto no serviço público quanto no privado (Borges, 2004).

De acordo com Carvalho (2006), a enfermagem sempre foi considerada uma profissão feminina. Convém, todavia, salientar que a imputação deste atributo corresponde a uma realidade socialmente construída, apesar de que, em alguns países, a profissão foi, no seu início, dominada por elementos do sexo masculino. Consta-se a existência, no mercado de trabalho, de diferenças importantes entre homens e mulheres. Diz ainda, que as profissões ocupadas majoritariamente por mulheres não são tão bem pagas. Estas características advêm, frequentemente, da forma como se procedeu a inserção das mulheres no mercado de trabalho e na esfera pública.

Batista et al (2005, p. 86), em um estudo sobre fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro, informam que o trabalho nem sempre foi uma atividade remunerada e, por muito tempo, foi utilizado como forma de castigo. Esses autores dizem, também, que quando remunerados o valor era irrisório, atendendo apenas à sobrevivência. Com a realização da pesquisa motivacional, afirmaram que nesse estudo para os entrevistados, apesar de não ser o principal, a remuneração é um fator de motivação no trabalho. Em relação à faixa salarial encontrada, houve variação de < R\$ 500,00 até R\$3.500,00. A carga horária situou-se entre 30 a 40 horas semanais. E concluem que para

os enfermeiros a retribuição financeira foi o fator de maior insatisfação no trabalho e ainda, no mesmo estudo, afirmam que esses enfermeiros se avaliam como mal remunerados para as atribuições, carga horária e responsabilidade assumida.

Ainda dentro dessa questão trabalhista, destacamos aqui a categoria dos enfermeiros por serem os participantes desse estudo. De acordo com a Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplantados (2013), o valor mínimo de salário pago no Brasil é de R\$ 2.000,00 e, com encargos, chegam a R\$4.000,00 por mês. Existe um comportamento no mercado de trabalho que indica que os enfermeiros, para uma jornada de trabalho de 36 horas semanais, recebem como salário inicial, em média, R\$2.814,50 (Dois mil oitocentos e quatorze reais e cinquenta centavos).

Em estudo realizado pela Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz, 2015), por iniciativa do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) sobre o Perfil da Enfermagem no Brasil, concluem que a enfermagem hoje é composta de 20% de enfermeiros e 80% de técnicos e auxiliares de enfermagem, com um desgaste de 66% dos entrevistados e a força de trabalho em maior concentração na Região Sudeste. Esse perfil inclui desde profissionais no começo da carreira, sendo técnicos e auxiliares, que iniciam com 18 anos; e enfermeiros, com 22 até aposentados com 80 anos de idade. Em relação ao quesito mercado de trabalho, 59,3% das equipes de enfermagem encontram-se no setor público; 31,8%, no privado; 14,6%, no filantrópico, e 8,2%, nas atividades de ensino. Constata-se, também, que a renda mensal de todos os empregados e atividades que a equipe de enfermagem exerce, 1,8% de profissionais na equipe (em torno de 27 mil pessoas) recebem menos de um salário-mínimo por mês e 16,8% dizem ter renda mensal de até R\$ 1.000,00 (um mil reais). Dos profissionais da enfermagem, a maioria (63%) tem apenas uma atividade/trabalho.

Ainda na mesma pesquisa, dentre os quatro grandes setores de empregabilidade da enfermagem o público, o privado, o filantrópico e o ensino, o pagamento é de subsalários. Os vencimentos de mais da metade do contingente dos empregados do serviço privado (21,4%) e filantrópico (21,5%), não passam de R\$2.000,00 (dois mil reais) e esses são os serviços que mais praticam salários com valores de até R\$1.000,00 (um mil reais).

Essa pesquisa demonstra, ainda, uma nova tendência à masculinização da categoria, muito embora a equipe de enfermagem seja predominantemente feminina, sendo composta por 84,6% de mulheres enquanto que a presença de homens ficou em 15% em um universo de 1,6 milhão de pessoas, tendo sido o mais amplo levantamento sobre a categoria profissional já realizado na América Latina.

No Estado do Pará, a enfermagem é composta por 84,1% de técnicos e auxiliares e 15,9% de enfermeiros, sendo que 67% da equipe de enfermagem trabalha no setor público, 31,7% no privado; 4,4% no filantrópico; e 7,7% nas atividades de ensino. Em relação ao desgaste tem-se um total de 57,1%. Constata-se que 1,9% dos profissionais recebem menos de um salário-mínimo por mês; 24,5% declaram ter renda total mensal de até R\$1.000,00 ou seja, estão em condições de subsalário; e 55,4% têm apenas uma atividade/trabalho, e que os quatros grandes setores de empregabilidade da enfermagem apresentam subsalários. O privado 31,6%; o filantrópico 41,7%; o público 19,8%; e o de ensino, 12,8%, e praticam salários com valores de até R\$1.000,00. Profissão predominantemente feminina (82,9%), mas com um contingente masculino de 16,4%, ou seja, uma tendência à masculinização como no início na década de 90, 1,3%, perfazendo 29,2% de todo o contingente de trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares), que fizeram ou estão fazendo curso de graduação. Já se apresenta situação de desemprego aberto, com 9,2% dos profissionais entrevistados relatando situações de desemprego nos últimos 12 meses (69,5%) e mais da metade do contingente 62,3% se concentra na capital (FIOCRUZ, 2015).

Ibrahim (2004, p. 62), em um estudo sobre a psiconefrologia, vendo a enfermagem em nefrologia como agente de transformação, diz que:

Independente das motivações que levam uma pessoa a escolher Enfermagem como profissão, ela sempre se depara com uma característica básica: “a tarefa de cuidar”. Cuidar não no sentido restrito de tomar conta ou zelar pelo bem do outro, mas com um sentido bem mais amplo (Ibrahim, 2004, p 62).

De acordo com Willig et al (2006), as pessoas precisam sentir prazer no trabalho que realizam, e cabe à enfermeira responsável pelo gerenciamento da equipe preocupar-se com fatores de motivação e principalmente de valorização profissional. A função desse enfermeiro gerente é promover o trabalho em equipe atuando como facilitador, motivador, mediador e educador e tem o desafio de criar harmonia com pessoas diferentes (Malagutti & Caetano, 2009).

Na prática da nefrologia, lidamos com um desempenho delicado e especial, com particularidades e características que exigem estudo e atenção. Durante o procedimento, muitas vezes é como se o trabalho fosse se repetir igualzinho, dia após dia, o que pode levar a tendência da mecanização e, assim, ao acontecimento de falhas primárias, apesar do profissional conhecer as técnicas, teorias e rotinas. Infelizmente, alguns erros podem ocorrer e podem ter consequências graves ou até mesmo fatais ao doente (Ibrahim, 2004).

Christophoro & Waidman (2002, p. 762), em estudo sobre o estresse e condições de trabalho, afirmam que “o trabalho faz parte da vida do homem, é o meio pelo qual ele se realiza; produz e reproduz, podendo representar um instrumento ou meio de manter sua saúde, como também, ser instrumento de doença e morte”.

Em Portugal, com vistas à melhoria da saúde dos Portugueses, foi instituída uma estratégia intersectorial nacional de gestão integrada da doença renal crônica, com o objetivo de serem alcançados ganhos em saúde, de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados ao doente renal crônico e otimizar a utilização do Serviço Nacional de Saúde (George, 2008).

Cabe às unidades de diálise, tanto no Brasil como em Portugal, contemplarem um conjunto de indicadores de monitorização da qualidade, que nos termos da Lei têm de ser cumpridos pelas unidades de diálise. Em Portugal, conforme descreve George (2008), dentro das metas de monitorização temos: Controle de Anemia, Osteodistrofia Renal, Dose de Diálise, Qualidade da água para hemodiálise, Internamento e Mortalidade e, dentro dos objetivos, a Nutrição e Internamento. Tanto as metas, quanto os objetivos, tendem a refletir as orientações de boa prática, quer nacionais, quer internacionais, na área dos cuidados nefrológicos ao doente em hemodiálise, dados esses importantes para a monitorização contratual e contratualização no futuro.

Os pacientes urêmicos em programa de hemodiálise estão frequentemente expostos às infecções bacterianas e virais. Conforme escrito por Spinola et al (2008), um dado histórico do início da diálise no Brasil, em 1955, iniciando a aplicação desse tratamento com as primeiras máquinas no Rio de Janeiro, não havia políticas de saúde que regulamentassem a hemodiálise e nem normas para se seguir e pouco se sabia da terapia. Somente após um trágico acidente e histórico que culminou com a morte de 80% dos pacientes com hepatite tóxica, em um Centro de hemodiálise, veiculado através da água contaminada durante a sessão dialítica, estabeleceu-se a Portaria nº 2.042, a qual definiu tanto os aspectos relacionados aos serviços de diálise quanto aqueles relacionados às unidades transplantadoras, dando prazos para os serviços se adaptarem às novas exigências.

Tem-se, aí, um marco de normatização do Ministério da Saúde no rigor no que se refere à qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições que dispõem desse tratamento e estando esses Centros sujeitos às fiscalizações das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Os centros de diálise devem cumprir todas as exigências da portaria para não

sofrerem sanções que vão desde multa até a exclusão do cadastro de autorização de funcionamento.

O centro de diálise que recebe o cliente fica responsável pelo seu tratamento e monitorização. Sendo assim o serviço irá providenciar:

“Acesso vascular para a realização do procedimento, realização de exames periódicos que são mensais, trimestrais, semestrais e anuais. Dentre os trimestrais estão: dosagem de Anticorpo superficial de Hepatite B (anti-HBs), proteínas totais e frações, fosfatase alcalina, ferro sérico e capacidade de fixação do ferro. Dentre os exames mensais estão: hemograma, uréia pré e pós-sessão de diálise, creatinina, potássio, cálcio, fósforo, Transaminase Glutâmica Pirúvica (TGP), Dosagem de Antígeno superficial de Hepatite B (HBsAG), Dosagem de Anticorpos de Hepatite C (anti-HCV), e glicemia para pacientes diabéticos. Exames semestrais: ácido úrico, dosagem de paratormônio. Exames anuais: radiografias de mãos, tórax pósterio-anterior e perfil esquerdo, eletrocardiograma, ecocardiograma, colesterol total e frações, triglicerídeos, dosagem de anticorpos de HIV (anti-HIV) e dosagem de alumínio sérico. Toda regulamentação promoveu uma série de mudanças no sentido de oferecer maior segurança e qualidade no tratamento” (Spinola et al; 2008, p. 141).

Outro ponto importante dentro do gerenciamento do enfermeiro nas unidades de hemodiálise é estar atento às questões relacionadas à água de diálise. Durante as sessões de diálise, segundo Riella (2003), o sangue do paciente é exposto a contato, pela membrana do dialisador, com cerca de 1.500 litros de água por mês. Muito embora hoje o tratamento da água para hemodiálise passe pelo processo de osmose reversa, os riscos podem ocorrer e a possibilidade de absorção de substâncias tóxicas, em solução, é imensa.

Desse modo, para assegurar a qualidade da água, o gestor deve submeter à análise periódica (diária, mensal e semestral) de amostras dos pontos de fornecimento ao equipamento, ter garantida a qualidade em todas as etapas do seu tratamento, mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos, assim como dos próprios procedimentos de tratamento. Lembramos aqui que essa responsabilidade, conforme descrito na RDC- 154, é do Diretor Clínico dos serviços dialíticos (Brasil, 2004).

O enfermeiro responsável técnico deve supervisionar e assegurar que cada cliente assistido seja exposto aos mínimos riscos decorrentes do tratamento. Gonçalves, Manfredi & Canziani (2005) falam que no Brasil, na década de 90, foi possível através de políticas de saúde disponibilizar aos pacientes renais a eritropoetina recombinante humana, passo importante na redução de transfusões de sangue nessa população. Foi possível também fazer o rastreamento dos hemoderivados nos Bancos de Sangue e a vacinação em massa, tanto da população, como dos pacientes em diálise, verificando-se um impacto na diminuição da incidência de infecções virais aos doentes renais.

Diante dessas ocorrências, a lei torna-se ainda mais rigorosa e cobra das unidades de diálise que os doentes portadores dialisem em sala separada de acordo com o perfil viral e torna obrigatório o uso de equipamentos de proteção individual (EPI), medidas importantes e fundamentais para o controle das infecções virais. O enfermeiro, enquanto gerente, deve estar atento para evitar a infecção cruzada que pode ocorrer caso não sejam obedecidas as separações de pacientes em salas específicas a cada perfil de sorologia, assim como o reprocessamento dos sistemas de diálise que devem seguir os padrões de portarias. Dentro desses padrões, devem ser empregadas técnicas de reuso que assegurem as condições para a manutenção de sua integridade, dialisância e ausência de contaminantes químicos e microbiológicos. Para os pacientes com HIV positivo deve-se lançar mão da técnica de uso único e, ao final de cada sessão, os dialisadores preenchidos com solução esterilizante ainda na máquina de hemodiálise e descartados a seguir em local adequado. Outro cuidado com os dialisadores é o armazenamento após o reprocessamento de forma individualizada, identificada com o nome completo por paciente, tanto no sistema quanto no local de armazenamento, além da sorologia, turno de diálise, data da primeira utilização e o valor do priming inicial (Brasil, 2004).

1.4 O ENFERMEIRO E O GERENCIAMENTO EM HEMODIÁLISE

A unidade de hemodiálise é tocada pela enfermagem e toda responsabilidade recai sobre a enfermeira. Fujii (2009) diz que a unidade de hemodiálise é o serviço que atende regularmente às pessoas que precisam de terapia dialítica. Nesse cenário, atua uma equipe multidisciplinar que avalia clinicamente os usuários, realiza orientações durante a sessão, e desenvolve procedimentos técnicos especializados e atua no manuseio das máquinas de hemodiálise.

Peres & Ciamponi (2006) chamam a atenção para o fato de que na área da enfermagem o gerenciamento foi historicamente incorporado como função do enfermeiro. Na percepção de Silva (2000), no artigo “Gerenciamento Clínico em Enfermagem e Qualidade da Assistência”, o gerenciamento significa coordenar e liderar atividades e pessoas para alcançar os resultados na prestação da assistência ao paciente. Sendo assim, o enfermeiro exerce função gerencial envolvendo dois tipos de processos: o administrativo e o clínico.

Ainda na mesma pesquisa, Silva (2000) diz que o gerenciamento administrativo consiste na coordenação de recursos (meios) para atingir os fins em uma instituição ou grupo; e o clínico consiste na coordenação da assistência prestada ao cliente, atendendo as suas necessidades básicas.

Apesar da importância da gerência do enfermeiro nos serviços de saúde, observa-se que a literatura tem apontado para o fato de que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade (Sanches et al, 2006).

A Terapia Renal Substitutiva (TRS) é um serviço especializado e, como tal, a enfermagem presta uma assistência individualizada no cuidado com o paciente em hemodiálise (Costa et al, 2010).

Pennafort et al (2010), acompanhando a construção histórica das terapias renais, afirmam que a enfermagem brasileira se insere tanto no universo das terapias renais substitutivas assim como no transplante renal. Araújo & Santo (2012) destacam que “O enfermeiro é um profissional que desempenha um papel fundamental no processo como um todo do paciente que precisa do tratamento de hemodiálise para uma melhora da qualidade de vida”.

Borges et al (2013) dizem que desde a expansão das terapias substitutivas renais no Brasil, na década de 70, ofertas terapêuticas para portadores da doença renal crônica vêm se desenvolvendo.

É importante salientar que ao longo da história da enfermagem os enfermeiros têm enfrentado grandes modificações em seu papel. A autodecisão e autodeterminação deixam pra trás a função de dependente e da delegação de responsabilidade de outra equipe de profissionais de saúde para assumir um papel de considerável responsabilidade social.

Barros (2006) afirma que as novas perspectivas de uma especialidade estão sempre em desenvolvimento e as novas exigências legais de habilitação para o exercício profissional têm exigido do enfermeiro um constante aprimoramento, levando em conta a conscientização do profissional em relação às mudanças que ocorrem juntamente com as necessidades do paciente, proporcionando uma assistência inovadora e de qualidade.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro, em especial, o conhecimento das bases legais que norteiam a profissão. Dantas¹, Dantas², Amorim, Alves & Carminati (2013, p. 4), em estudo a respeito da Ética e Legislação em Enfermagem: conhecimentos necessários para maior visibilidade da profissão, dizem que o enfermeiro é responsável por conduzir

eticamente os profissionais de enfermagem e, em qualquer âmbito, será necessário a ele o conhecimento das bases teóricas, técnicas, ética e legal, de modo que sua atuação tenha respaldo e visibilidade.

Essa visibilidade é necessária durante o processo de trabalho através das informações dadas à equipe de trabalho. De acordo com Carpenitto (2008), as informações da enfermagem em hemodiálise são importantes no gerenciamento da unidade de diálise, como também para uma assistência adequada, estabelecendo padrões de procedimentos, controlando as intercorrências e o bom funcionamento dos equipamentos de acordo com os padrões de segurança.

Lima & Santos (2004, p. 160) dizem que no cotidiano do atendimento de hemodiálise existe uma preocupação com os procedimentos técnicos, com o gerenciamento e supervisão por parte do enfermeiro e domínio da máquina. Vale ressaltar que técnicos e auxiliares de enfermagem são treinados e capacitados também para o manuseio e limpeza da máquina, montagem de capilares, entre outros.

Nishio & Baptista (2009, p.21) afirmam que cabe aos gestores de enfermagem e aos profissionais buscar, continuamente, o desenvolvimento de seus funcionários, instigando-os e desafiando-os na busca do conhecimento e aperfeiçoamento de suas habilidades. Para Menezes (2010, p. 17), “essa é uma ferramenta imprescindível na busca da qualidade e da produtividade, tornando-se um indicador da qualidade da prestação de serviço, uma vez que, quanto mais satisfeito o colaborador estiver mais se envolve e se compromete com a organização em que trabalha”.

De acordo com Daugirdas (2003) e Fermi (2003), houve um grande progresso em relação à segurança e à eficácia das máquinas de hemodiálise, tornando o tratamento mais seguro. Existem alarmes que indicam qualquer alteração que ocorra no sistema (detectores de bolhas, alteração de temperatura e do fluxo do sangue, entre outros) e ainda assim as complicações surgem.

Araújo & Santo (2012) afirmam que é de suma importância o paciente ter extrema confiança nos profissionais. Durante o processo dialítico a enfermagem tem importância significativa na observação contínua dos pacientes durante a sessão, uma vez que evitam as complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências e ajudam a salvar vidas.

Portanto, diante das intercorrências durante o processo de hemodiálise, as enfermeiras desses serviços geralmente não se sentem responsáveis para atuar fora dessa

área estritamente técnica, mesmo porque, isso não é reconhecido como exigência pelo instituído (Paim, Silva, Trentini, Vieira & Koschnik, 2006).

A responsabilidade requer do enfermeiro, cada vez mais, conhecimento técnico. Como descrito no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2007) “As profissões são exercidas em função de um conjunto de conhecimentos com predomínio do elemento técnico”. É esse conhecimento específico que capacita o enfermeiro para assumir funções de gerenciamento em diversas áreas de gestão.

Nesse sentido, Oguisso & Schimdt (1985), em estudo sobre o enfermeiro e a responsabilidade legal do exercício profissional, dizem que quando o enfermeiro assume um cargo de gestão, significa que o mesmo passa a responder juridicamente pelos próprios atos ou de outrem, sempre que estes violem os direitos de terceiros protegidos por lei e de reparar os danos causados, incluindo o dever de dar conta de alguma coisa que fez ou delegou por ordem pública ou particular.

Pedrosa (2005), estudando os aspectos práticos da aplicação do direito à enfermagem, descreve que no desenvolver da profissão, os profissionais de enfermagem podem ser objetos da acusação de terem cometido erros com condutas inadequadas ou negligenciadas; por isso, a responsabilidade em sua atuação enquanto cuidador deve ser pautada no código de ética de enfermagem pois, segundo “um axioma fundamental do Direito é que toda gente capaz e adulta é responsável diretamente pelos danos que provoca”. A autora diz também que “quando pensamos em dano”, a responsabilidade potencial de um profissional de enfermagem não pode excluir-se pelo fato de haver participação de outros profissionais ou entidades. “Cada um responderá por si mesmo”.

Borges et al (2013) afirmam que o poder de decisão e autoridade são conferidos pela organização; logo, a autonomia na tomada de decisões do enfermeiro gerencial na organização do trabalho de enfermagem depende das normas estabelecidas pela instituição, o que se torna um entrave para que as transformações necessárias aconteçam.

Willig et al (2006) no estudo sobre gerenciamento e cuidado em hemodiálise, evidenciaram como empecilhos, para o gerenciamento nesses serviços, pouco tempo, escassez de pessoal, falta de autonomia no trabalho e pouco conhecimento sobre gerenciamento pelas enfermeiras. Por outro lado, em relação à suas funções nestas unidades, pelo fato de estarem afastadas do cuidado direto aos pacientes, as enfermeiras administradoras dos serviços nas unidades de hemodiálise experienciam frustrações e insatisfações, pois não conseguem conciliar as funções gerenciais com o cuidado.

Para Costa et al (2010), o gerenciar na enfermagem é muito mais amplo e não pode ser visto somente como uma atividade burocrática. E reforçam que gerenciar relaciona e interliga todos os atributos necessários para a prestação do cuidado, que apenas são separados didaticamente.

No artigo “Gerência e competências gerais do enfermeiro” Peres e Ciampone (2006) descrevem que os objetos de trabalho do enfermeiro no processo de trabalho gerencial são a organização do trabalho e os recursos humanos de enfermagem. Nesse contexto gerencial, Menezes (2010, p. 16) diz que:

“o enfermeiro chefe é, pois, o elemento-chave da dinâmica dos grupos de trabalho de enfermagem hospitalar, enquanto gestor de liderança, decisivo para o funcionamento eficaz da organização e gestor da motivação, necessidade essencial para o funcionamento dos grupos de trabalho” (Menezes, 2010, p. 16).

A respeito da função gerencial do enfermeiro desempenhada nas unidades de saúde, Greco (2010) refere que:

“Nos dias de hoje para o desempenho da função gerencial na enfermagem desenvolvemos a gerência de unidade que consiste na previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço, e a gerência do cuidado que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe. Esta divisão entre gerência do cuidado e da unidade entretanto, é apenas didática pois na prática, enquanto enfermeiros desempenhando a função gerencial, as gerências da unidade e do cuidado estão associadas, uma vez que o enfermeiro ao gerenciar recursos em geral deve estar voltado para o processo assistencial e não pode perder de vista a qualidade da assistência”.

Willig et al (2006, p 180) reforçam a ideia de que “os enfermeiros por apresentarem uma concepção confusa do que seja administração, consideram como um ônus e sobrecarga as atividades administrativas que desempenham”.

Segundo Winck & Brüggemann (2010), à medida que os enfermeiros assumem com autonomia suas atribuições acompanhando os avanços tecnológicos e da ciência, embora conquistem seus espaços, dúvidas são suscitadas a respeito da responsabilidade profissional em seus aspectos legais.

Deste modo, para que as dúvidas sejam esclarecidas, faz-se mister que os profissionais de enfermagem conheçam as normas legais que regulamentam os direitos e as obrigações relativos ao exercício da profissão (Freitas & Oguisso, 2007, p.490).

O artigo 18 do Código de Ética do Profissional de Enfermagem (2007) destaca que o profissional deve: “Responsalizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe”.

Fakih, de Freitas & Secoli (2009) afirmam que, no caso da ocorrência de evento adverso, o profissional de enfermagem que a executou, bem como o enfermeiro e a instituição, responderão solidariamente pelos danos causados.

De acordo com Winck & Brüggemann (2010), é do enfermeiro a obrigação e a supervisão das atividades dos membros da equipe de enfermagem. Portanto, diante do dano ocorrido no desenvolvimento profissional, cria-se uma nova responsabilidade a quem foram delegadas as ações do cuidado, porém não exime a responsabilidade do enfermeiro diante do dano.

Pedrosa (2005) afirma que o estabelecimento da relação causa-efeito entre uma conduta profissional e um dano apresentado por outrem, é uma das questões fundamentais na apreciação da responsabilidade profissional do enfermeiro.

Silva, Guerra & Segre (2010) discorrem que “o enfermeiro é um profissional de saúde que sofreu profundas modificações como resultado de treinamento especializado, do conhecimento e da experiência”.

Assim sendo, é preciso que enfermeiros e equipe de enfermagem estejam capacitados para o exercício profissional. Willig et al (2006) referem que a capacitação é de responsabilidade da enfermeira, e deve acontecer de forma contínua, permitindo ao profissional melhorar seus conhecimentos e competências técnicas na perspectiva de transformar a sua prática.

Segundo Araújo & Santo (2012), o sucesso na realização da terapia dialítica está relacionado com a disponibilidade de uma equipe de enfermagem capacitada para este tratamento. Uma vez capacitada a equipe de trabalho, minimizamos os índices de intercorrências e melhoramos a qualidade de vida dos pacientes em terapia hemodialítica; logo, o processo de educação permanente é fundamental para o domínio da equipe.

As organizações precisam de profissionais capacitados para o alcance das metas e objetivos. Nesse sentido, necessitam de um trabalho contínuo com os funcionários, integrando-os no contexto institucional. Para isso, é preciso que seja oferecido ao funcionário um processo que propicie novos conhecimentos que o capacite não só para a execução adequada do trabalho, mas também para o crescimento pessoal e profissional e assim futuras oportunidades de ascensão profissional. (Leite & Pereira; 2011, p. 147). Essas oportunidades propiciam satisfação ao profissional da enfermagem, pois esses exercem atividade dentro de organizações complexas. De acordo com Menezes (2010, p. 20):

“os enfermeiros tem motivações próprias, mas também são influenciados pelo contexto organizacional, indutor de diferentes níveis de satisfação profissional. A motivação surge como elemento essencial na busca de maior eficiência e, naturalmente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação profissional, associando-se às expectativas de cada um” (Menezes, 2010, p. 20).

Particularmente, o gerenciamento em hemodiálise requer da enfermagem um atendimento diferenciado, porque a estruturação, formas de organização e definição dos processos nesses serviços, são essenciais na qualificação da assistência aos pacientes renais crônicos dependentes de uma máquina de diálise. Comparando o serviço de diálise como um serviço diferenciado, é importante que haja planejamento, fato este destacado também no estudo de Giordano, Bisogno & Silva (2012, p. 514). Sobre a percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário, estes enfermeiros afirmaram que:

“o planejamento da assistência em unidades diferenciadas, como centro cirúrgico e quimioterapia, não se sobrepõe em relação aos demais setores em razão da importância; contudo, estas precisam ser planejadas com base em suas especificidades e complexidades” (Giordano, Bisogno & Silva, 2012, p. 514)

No estudo sobre o gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise, os autores Willig et al (2006, p.180) descrevem que as enfermeiras entrevistadas deixam transparecer que para “administrar o tempo de maneira eficaz é necessário que a enfermeira lance mão do planejamento, do estabelecimento de prioridades e da utilização de estratégias que permitam a simplificação das atividades e a economia do tempo”. Eles mostram o contraditório no discurso das enfermeiras no processo de trabalho, e dizem que:

“Entre o que elas realizam como processo de trabalho e o que gostariam de fazer, mostra-se contraditório no dia-a-dia, pois ao mesmo tempo em que a enfermeira almeja atuar na assistência direta, amplia o leque de suas ações, procurando atuar em todas as frentes, resolver e responder por todos os conflitos e problemas, assumindo, além das atividades administrativas impostas pela instituição, as funções de outros profissionais, o que resulta no distanciamento de sua própria função de gerenciar o cuidado o que pode gerar descontentamento e frustrações.”(Willig et al, 2006, p. 180).

Ainda no estudo de Giordano et al (2012) sobre a percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário, os entrevistados dizem que a percepção de priorizar a assistência aos doentes faz parte do processo gerencial pois é importante o gerenciamento para a assistência. E reconhecem que assistir e gerenciar devem ser ações concomitantes em que uma subsidia a outra.

Na pesquisa a respeito da multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação, os autores Rodrigues & Lima (2004) retratam um enfermeiro

que coordena, organiza e administra as atividades de sua equipe de trabalho. Ele articula e supervisiona procedimentos de diagnóstico, tratamento e atividades realizadas. Constataram, também, que a presença do enfermeiro traz mais segurança à equipe durante a realização do trabalho, sanando as dúvidas diante das intercorrências e procedimentos. E, por fim, concluem que a evolução nos prontuários dos pacientes ajudam na implementação de tratamentos, bem como auxiliam no trabalho de outros profissionais.

Para Trevizan et al (2002), o enfermeiro deve procurar alcançar, por meio da ação, o bem do homem e, nesse sentido, integrar questões éticas no seu agir, prestando uma assistência qualificada através do conhecimento atualizado e da autonomia profissional.

Giordano et al (2012, p.514), ao darem enfoque à ação gerencial, dizem que o gerenciamento é uma atividade que não pode ser delegada e é por meio desse processo que o enfermeiro consegue realizar a assistência ao usuário.

O código de ética dos profissionais de enfermagem no (art. 33) diz que é dever do enfermeiro “proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de enfermagem”.

Pode-se observar que o enfermeiro gestor deve ter conhecimento técnico e científico para desenvolver seu trabalho de maneira organizada através de meios que possam nortear o trabalho rotineiro da enfermagem nesses serviços. Marx & Morita (2003, p.19) dizem que os serviços de hemodiálise devem prestar um serviço qualificado ao paciente, atendendo aos padrões de segurança necessários, com exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos.

No âmbito da nefrologia, como medida norteadora de qualidade, são utilizados os indicadores de avaliação desses serviços. Segundo Santos-Filho & Barros (2007), como meio de avaliação dos serviços de saúde, os indicadores do modo de vista operacional e metodológico podem ser classificados em eixos, como sendo de processo, estrutura e resultados.

Conforme descrito nas resoluções da ANVISA de nº 1671, de 30 de maio de 2006 e a RDC -154 ficam estabelecidos os indicadores para subsidiar a avaliação do serviço de diálise, entre os quais temos:

“taxa de mortalidade, taxa de saída por transplante, taxa de soro conversão por hepatite C, taxa de internação dos pacientes em diálise, taxa de pacientes em uso de cateter venoso central temporário, taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise, incidência de peritonite, incidência de pirogenia, taxa de transferência de diálise peritoneal para hemodiálise, taxa de transferência de hemodiálise para diálise peritoneal. Esses serviços devem encaminhar o

consolidado semestral dos indicadores, no mês subsequente ao período de coleta, à Vigilância Sanitária e ao Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde” (Brasil, 2006, p. 1-2 & Brasil, 2004, p.21).

Para Santos-Filho & Barros (2007), o indicador pode ser definido como uma unidade de quantificação da realidade que viabiliza o planejamento de ações de interferência na mesma. Dentro dos eixos de processo, estrutura e resultados, pode-se dizer que os indicadores de estrutura incluem os recursos ou insumos utilizados no sistema de saúde, que podem ser sintetizados em humanos, materiais e financeiros; os de processo englobam as atividades e procedimentos envolvidos na prestação de serviços; e os de resultados incluem as respostas das intervenções para a população que tenha sido beneficiada.

Nesse contexto, o enfermeiro gestor em hemodiálise deve procurar fazer uso de ferramentas de gestão a fim de melhorar os processos. De acordo com Oribe (2007), o ciclo do Plan do Check Act (PDCA) é uma dessas ferramentas utilizadas em administração geral para melhorar os processos e produtos de forma contínua, sendo realizado em ciclos: planejamento, execução, checagem e ação.

Ainda nessa visão de processos, gestão da alta administração, capacitação, que precisam influenciar positivamente na qualidade do serviço, o Balanced scorecard se constitui como Rizzo & Falsarella (2006) afirmam, uma metodologia que associa informações derivadas do Planejamento Estratégico (PE), permitindo a mensuração do desempenho organizacional a curto e longo prazo, por meio de indicadores de desempenho, além de medir a eficácia de projetos.

De acordo com os artigos 10.2 da RDC- 154, os serviços de diálise devem disponibilizar, à Vigilância Sanitária, as informações referentes ao monitoramento dos indicadores, durante o processo de inspeção sanitária ou de investigação de surtos e eventos adversos. Segundo o Art. 10.2.1, sempre que solicitados, os serviços de diálise devem enviar o resultado do monitoramento dos indicadores para as secretarias municipais e estaduais de saúde e Governo Federal.

Carvalho (2006) acredita que a gestão é uma função organizacional separada e que desempenha um papel fundamental no planejamento, implementação e na avaliação e medição dos melhores resultados de produtividade.

Nesse papel gerencial, Vaghetti, Reis, Kerber, Azambuja & Fernandes (2004, p. 316) ratificam que o enfermeiro exerce esse tipo de atividade com a finalidade de fazer

funcionar a organização em sua totalidade, controlando os trabalhos e os trabalhadores. E, como parte do exercício gestor, os enfermeiros em seu processo de trabalho têm uma necessidade profissional de “controlar”. Carvalho (2006) diz que o sucesso da empresa irá depender, cada vez mais, da qualidade e profissionalismo dos gestores.

Ainda dentro da questão qualidade, entende-se ser de competência e dever dos responsáveis técnicos das unidades a elaboração dos manuais técnicos adequados a cada unidade, bem como o treinamento contínuo e sistemático dos funcionários. Para Kurcgant (2011, p.60), manual de enfermagem é o instrumento que reúne, de forma sistematizada, normas, rotinas, procedimentos e outras informações necessárias para a execução das ações de enfermagem. Por ser um instrumento de consulta, o manual de enfermagem tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem. Assim sendo, todo serviço de diálise deve estabelecer, por escrito, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico RT e pelo enfermeiro responsável pelo serviço, compatível com as exigências técnicas previstas no regulamento técnico para funcionamento dos serviços de diálise que contemplem, no mínimo, os seguintes itens:

- a) PCPIEA (Programa de Controle e Prevenção de Infecção e de Eventos Adversos);
- b) procedimentos médicos;
- c) procedimentos de enfermagem;
- d) controle e atendimento de intercorrências;
- e) processamento de artigos e superfícies;
- f) controle de qualidade do reuso das linhas e dos dialisadores;
- g) controle do funcionamento do sistema de tratamento da água tratada para diálise;
- h) procedimentos de operações, manutenção do sistema e de verificação da qualidade da água;
- i) controle de parâmetros de eficácia do tratamento dialítico;
- j) controle de manutenção preventiva e corretiva de todos os equipamentos da unidade;
- k) procedimentos de biossegurança (Brasil, 2004, p. 6).

De acordo com Meira (2012), um dos fatores que podem prejudicar a qualidade do atendimento é o fato de não possuir qualquer rotina formalizada, como os “Procedimentos Operacionais Padrão” (POPs), comumente encontrados nos serviços e nas áreas de hospitais.

A Resolução nº 63 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) estabelece em seu artigo 9º que os serviços de saúde devem possuir regimento interno ou documento equivalente, atualizado, contemplando a definição e a descrição de todas as suas atividades técnicas administrativas e assistenciais, responsabilidades e competências. Já no Art. 51, afirma que o serviço de saúde deve dispor de normas, procedimentos e

rotinas técnicas escritas e atualizadas, de todos os seus processos de trabalho em local de fácil acesso a toda equipe (Brasil, 2011).

Segundo a orientação do Ministério da Saúde (MS), a elaboração e revisão dos procedimentos devem contar com a participação de todos os envolvidos nas tarefas, o que contribui para o melhor entendimento, maior satisfação e empenho na execução das atividades, bem como mais eficiência e rapidez dos resultados esperados. Além disso, é necessário que os funcionários sejam treinados, habilitados e qualificados para a execução do POP (Brasil, 2009).

Segundo Guerrero, Beccaria & Trevizan (2008), o POP descreve cada passo crítico e sequencial que deverá ser dado pelo funcionário para garantir o resultado esperado da tarefa. Na mesma pesquisa sobre o uso de POP, essas autoras identificaram que este procedimento traz os seguintes benefícios, sob a ótica das enfermeiras: possibilita a realização correta dos procedimentos, evita erros, proporciona maior segurança para o cliente e funcionário, padroniza e atualiza as técnicas, esclarece dúvidas, controla gastos, diminui o índice de infecções, economiza tempo para o enfermeiro e garante boa assistência de enfermagem.

CAPÍTULO 2 - METODOLOGIA

2.1 TIPO DE ESTUDO

Para a realização da pesquisa de campo, optou-se por um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa. Minayo, Deslandes e Gomes (2012, p. 51) fazem a seguinte colocação:

“Tendo como referência a pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só a aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo” (Minayo et al, 2012, p 51).

Severino (2007, p. 123) diz que a pesquisa exploratória busca apenas levantar informações sobre um determinado objeto, delimitando assim um campo de trabalho, mapeando as condições de manifestações desse objeto.

Segundo Oliveira (2002), o método descritivo dá margem à explicação das relações de causa e efeito dos fenômenos, proporcionando ao pesquisador a obtenção de melhor compreensão do comportamento dos diferentes fatores e elementos que influenciam determinado fenômeno. Ainda sobre esse método, Teixeira (2011) ressalta que o método descritivo visa descrever as características conhecidas ou componentes do fato, fenômeno ou representação.

Optou-se por este caminho metodológico porque Minayo et al (2012) dizem que o social é visto como um mundo de significados passível de investigação, e a linguagem dos atores sociais e suas práticas, as matérias-primas dessa abordagem. Na pesquisa qualitativa, esse nível de realidade não é visível; precisa ser exposto e interpretado, em primeira instância, pelos próprios pesquisados.

De acordo com Teixeira (2011), os estudos exploratórios aplicados à investigação qualitativa proporcionam ao pesquisador um aumento na sua experiência em torno de um certo tópico-problema, já que consistem em um estudo preliminar do principal estudo a ser realizado, ou seja, é um ponto de partida para futuros estudos descritivos. A caracterização do estudo como pesquisa exploratória normalmente ocorre quando há pouco conhecimento sobre a temática a ser abordada.

Teixeira (2011) diz ainda que a pesquisa descritiva tem por objetivo descrever as características de uma população, de um fenômeno ou de uma experiência. Esse tipo de pesquisa estabelece relação entre as variáveis no objeto de estudo analisado.

Esta abordagem é percebida na apresentação e discussão dos resultados, pois não poderíamos quantificar as informações que foram colhidas na pesquisa, considerando a opinião pessoal e o conhecimento dos participantes sobre a temática estudada.

2.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido em 08 (oito) serviços de Nefrologia, sendo mantida a escolha pelos centros de hemodiálise do setor privado nos municípios de Belém e Ananindeua, sendo 06 (seis) Unidades de atendimento do Município de Belém e 02 (duas) Unidades do Município de Ananindeua no Estado do Pará – Brasil. Esses serviços realizam hemodiálise como Serviço de Terapia Renal Substitutiva em instalações próprias e em atendimento a normas e legislação vigentes, em especial, a RDC/ANVISA/MS 154 de 15 de junho de 2004. Um desses serviços passou pelo processo e foi acreditado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação).

Para o conhecimento dos municípios de escolha do estudo, temos a dizer que em relação ao município de Belém, de acordo com dados divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2013), em 2013 a população estimada de Belém era de 1.425.922; a área da unidade territorial (Km²) era de 1.059,406, com densidade demográfica de (hab/Km²) de 1.315,26. Sendo a capital Paraense, Belém é o município - sede, com PIB 10.754,77 per capita, apresenta grande concentração de indústrias, bancos, pontos comerciais, serviços e órgãos públicos que suprem a necessidade de toda a região. Sozinha, é a segunda maior cidade da Amazônia brasileira. No seu entorno, possui população ribeirinha morando em 39 ilhas.

Quando pensamos em Ananindeua é preciso descrever que esse lugar é uma cidade brasileira localizada no estado do Pará, distante cerca de 19 Km da cidade de Belém. De origem tupi-guarani, o nome dado à Ananindeua, deve-se à grande quantidade de árvore chamada Anani, uma árvore que produz a resina de cerol utilizada para lacrar as fendas das embarcações. É uma cidade de origem ribeirinha e o segundo município mais populoso do estado, e também o terceiro da Região Amazônica e a 39ª do Brasil, com Produto Interno Bruto (PIB) de 3.083,49 per capita, área da unidade territorial (Km²) 190,503 e densidade demográfica (hab/Km²) 2.477,55. A população estimada em 2014 é de 499.776 habitantes e está distribuída nas zonas urbanas e rural do município. Ananindeua convive com

limitações para atender às necessidades de saúde da população, essencialmente no atendimento de urgência e emergência básica hospitalar. (IBGE, 2013).

Para a realização desse estudo optamos por trabalhar com todos os serviços de hemodiálise no setor privado de ambos municípios que contemplaram a anuência dos diretores e enfermeiros responsáveis técnicos desses serviços, independente das esferas administrativas. Sendo assim tivemos seis serviços em Belém e dois serviços em Ananindeua.

A escolha desses serviços justifica-se por serem de diálise autônomos, extra ou intra-hospitalar e em funcionamento na prestação da assistência aos pacientes renais crônicos em programa regular hemodialítico a nível ambulatorial.

2.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Foram participantes da pesquisa 08 (oito) enfermeiros que representam o número total de enfermeiros que atuam na função de Responsáveis Técnicos (RT) de Enfermagem nos Serviços de Hemodiálise selecionados para o estudo, independente de sexo, idade, tempo de formação e de atuação como responsável técnico no serviço de hemodiálise e de ser especialista ou não na área. Foram excluídos enfermeiros que não atenderam aos critérios de inclusão.

Na pesquisa qualitativa, o tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações, não havendo a preocupação com generalizações, mas com adquirir um entendimento profundo do fenômeno de interesse (Polit, Beck & Hungler, 2004).

2.4 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados ocorreu nos meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015, após aprovação e liberação pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP). Os enfermeiros foram convidados a participar do estudo mediante contato individual, direto e presencial, no seu local de trabalho sendo nesse momento esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa, os riscos e benefícios e todos os procedimentos operacionais da coleta de dados bem como ao direito quanto ao sigilo e privacidade. Após esses esclarecimentos, os enfermeiros concordaram em participar do estudo e, nesse momento, foi acordada a data, hora e local

de realização da entrevista. A escolha da entrevista foi utilizada como recurso à análise de conteúdo, pois permite tirar partido de um material dito “qualitativo”, é indispensável [...] por fornecer um material verbal rico e complexo (Bardin, 2011, p. 93).

Para a coleta de dados foi realizada a entrevista com os participantes utilizando um roteiro de entrevista, contendo questões estruturadas referentes à caracterização do perfil sócio-demográfico dos participantes e questões abertas semi-estruturadas referentes às questões específicas do estudo. (Apêndice II).

No dia da entrevista, agendada previamente, os participantes nos receberam na recepção dos serviços e, dessa forma, a pesquisa foi realizada no próprio local de trabalho, onde todos tiveram a liberdade de responder nos mais diversos lugares a saber: Sala da gerente de enfermagem, salas de hemodiálise, sala de emergência, sala da administração e na sala de espera. Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) que foi lido, discutido e somente após a assinatura do mesmo em duas vias demos início à entrevista que teve duração média de 45 minutos e foi gravada em aparelho de telefonia celular, com posterior transcrição para fins de análise. Normalmente em estudos qualitativos “há um limite máximo ao número de entrevistas que é necessário fazer e possível de analisar [...] este limite é algo entre quinze (15) e vinte (25) entrevistas” (Bauer & Gaskell, 2002, p.71).

Ressaltamos, aqui, que dos oito participantes apenas sete concordaram com a entrevista gravada e um dos participantes, o E2, inicialmente concordou com a entrevista gravada e ao iniciarmos a parte específica do roteiro de entrevista, verbalizou o desejo de que seus depoimentos fossem registrados por escrito. Diante dessa solicitação e de acordo com o descrito no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I) registramos suas respostas por escrito em um caderno de registros da dissertação.

Para preservar o anonimato dos participantes foi atribuída a letra E (enfermeiro) juntamente com a ordem numérica crescente, como exemplo E1, E2, E3, etc, como garantia do sigilo e da bioética com as informações de acordo com a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), fornecendo amparo tanto para o participante da pesquisa como para o pesquisador.

2.5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS

Para a análise dos dados encontrados, utilizamos a técnica de análise de conteúdo (AC) que, segundo Bardin (2011), é um “conjunto de técnicas de análise das comunicações” que possibilita a transcrição para textos escritos, uma vez que tudo o que pode ser transformado em texto é passível de ser analisado, visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Assim, optamos pela modalidade de Análise Temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analisado. (Bardin, 2011).

Iniciamos a análise pela transcrição das entrevistas na íntegra, seguida de leituras repetidas e flutuantes para familiarização com o material transcrito, dando início à primeira etapa.

Nessa primeira etapa (pré-análise), organizamos o material pesquisado e passamos a fazer a leitura do mesmo, etapa essa que sem destacar significações específicas, procuramos entendê-la em sua magnitude. Após esse momento, foram elaboradas as seguintes questões indagativas que deram suporte significativo às conclusões do estudo: - Os participantes da pesquisa conhecem as atividades de responsabilidade técnica no gerenciamento no serviço de hemodiálise? Os participantes da pesquisa conhecem as implicações legais advindas da função de responsabilidade técnica em hemodiálise? Qual a percepção dos participantes quanto à atuação e importância do enfermeiro gestor no serviço de hemodiálise?

A exploração do material compreende a segunda etapa da técnica, ou seja, a análise detalhada do material selecionado e a identificação dos elementos de significação, desvelando as ideias mais relevantes. Dando prosseguimento, essas informações foram codificadas e nominadas tendo por base as unidades temáticas.

Na terceira e última etapa (tratamento dos resultados), agrupamos os dados em categorias temáticas a partir da classificação dos elementos por semelhanças, diferenciações e pelas características comuns. Através da análise, construímos 05 categorias que foram discutidas com base no referencial teórico, permitindo propor inferências e interpretações, com vistas ao alcance dos objetivos traçados nesse estudo.

2.6 ASPECTOS ÉTICOS

A pesquisa obedece às normas da Resolução 466/2012 e foi submetida á apreciação do Comitê de Ética de Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Pará/Curso de Graduação em Enfermagem, sendo aprovado pelo parecer Nº 930.294 (Anexo I), e autorizado pelos serviços de hemodiálise (Anexos III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X) após receberem a carta de apresentação do Conhecimento & Ciência (Anexo II), solicitando participação desses serviços para execução do estudo. Aos participantes foi garantido o anonimato. Eles confirmaram participação assinando, após leitura e interpretação, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I), em atendimento à Resolução 466/2012 do CNS/MS. A apreciação e aprovação desse estudo pelo comitê de ética em pesquisa foi importante para podermos submeter ao processo de convalidação do grau de mestre no Brasil.

2.6.1. Riscos e Benefícios

Os principais riscos decorrentes da pesquisa relacionados aos serviços e participantes poderia ser a exposição, à comunidade em geral, com suas fragilidades administrativas e de gestão. Estes riscos foram minimizados através do sigilo absoluto da identidade dos enfermeiros participantes e dos serviços que aceitaram o convite como campo de pesquisa.

Quanto ao possível risco de constrangimento para os envolvidos, foi amenizado através de uma abordagem sutil da temática, ficando os mesmos livres para se retirarem do estudo a qualquer momento. Em relação ao risco da perda da privacidade a entrevista ocorreu em ambiente reservado presentes somente as partes envolvidas.

O benefício da pesquisa está no fato de termos alcançado os objetivos almejados durante o estudo, enriquecimento e conhecimento científico adquirido ao longo do estudo, contribuição com mais uma pesquisa científica voltada aos enfermeiros em nefrologia, e principalmente na região Norte. Foi possível propiciar um retrato da situação atual vivenciada pelo enfermeiro gestor nos serviços de hemodiálise em instituições privadas dos municípios de Belém e Ananindeua no Estado do Pará, assim como a oportunidade de identificar situações que apontam um melhor direcionamento para os profissionais enfermeiros gestores dos serviços de diálise, além de disponibilizar informações para o

planejamento das instituições visando à qualidade e melhoria nos serviços. E também espera-se contribuir para o embasamento dos órgãos de classe em relação à responsabilidade técnica nos serviços gerenciais de enfermagem em nefrologia.

CAPÍTULO 3 – APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, os dados são apresentados e analisados descritivamente. Optou-se por organizá-los em duas partes. A primeira, refere-se à caracterização sociodemográfica dos participantes, composta pelos itens referentes à idade, sexo, tempo de formação, pós graduação, tempo de atuação em hemodiálise, tempo de atuação como gestor, carga horária, renda salarial, remuneração por responsabilidade técnica. A segunda, aborda as 05 categorias temáticas, originadas dos conteúdos das falas dos oito (08) participantes desta pesquisa. Essas categorias foram sendo construídas a partir das ideias mais relevantes desveladas, sendo codificadas e nominadas aquelas que apresentavam relação direta com o objeto de estudo, com o intuito de responder aos questionamentos e alcance dos objetivos dessa pesquisa.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS PARTICIPANTES

Em relação ao sexo, dos oito participantes, sete eram do sexo feminino e um (1) do sexo masculino. A média de idade é de aproximadamente (37) trinta e sete anos, tendo o enfermeiro mais jovem, 31 e o mais velho, 41 anos, apontando que esses participantes são indivíduos adultos jovens. Quanto ao tempo de formação, observa-se a média de (12,5) doze anos e 6 meses, sendo o menor tempo de formação 4 anos e o maior tempo 19 anos. Todos os participantes dizem ter especialização em enfermagem em nefrologia e neste grupo um refere uma segunda especialização em docência superior do ensino. Entre os participantes, sete (07) informam carga horária semanal de 36 horas, e apenas um (1) relata jornada de trabalho de 40 horas semanais. O estudo mostrou que a média do tempo de atuação dos participantes na área de hemodiálise é de aproximadamente 11 anos e 11 meses, sendo o menor tempo de atuação 5 anos e o maior 18 anos. A média, enquanto gestores no serviço de hemodiálise, é de 4 anos e 8 meses, sendo o menor tempo 2 meses e o maior tempo 10 anos. A faixa salarial mensal, no momento da coleta de dados, correspondia a média de R\$ 2.883,25 reais com variação de valores de R\$ 1.400,00 até R\$ 3.850,00. Em se tratando de remuneração por função de responsabilidade técnica de enfermagem nesses serviços, todos dizem ser remunerados e os valores pagos a eles variam de R\$ 700,00 até R\$ 1.100,00 reais, e a média estimada foi R\$ 938,84 reais.

Apresentar a caracterização sociodemográfica dos participantes foi importante para facilitar a compreensão dos resultados obtidos, apontados nas cinco categorias temáticas que subsidiaram a análise deste estudo, sendo elas:

- ✓ Categoria 1 – Aspectos Relacionados ao Cuidar no Processo Hemodialítico.
- ✓ Categoria 2 – Aspectos Relacionados à Função de Responsável Técnico no Processo de Trabalho em Hemodiálise.
- ✓ Categoria 3 – Aspectos Relacionados ao Conhecimento das Implicações Legais no Processo Gerencial em Hemodiálise.
- ✓ Categoria 4 – Aspectos Relacionados à Atuação e Importância do Enfermeiro Gestor em Hemodiálise e as Implicações Legais.
- ✓ Categoria 5 – Aspectos Relacionados aos Sentimentos Vivenciados pelos Enfermeiros na Atuação Gerencial em Hemodiálise.

3.2 CATEGORIA 1 - ASPECTOS RELACIONADOS AO CUIDAR NO PROCESSO HEMODIALÍTICO

Nesta categoria, ao serem questionados sobre as atividades desenvolvidas no serviço, os participantes descrevem as atividades de forma ampla, bem como a sobrecarga de atividades e obrigações competentes a este profissional advindas destas responsabilidades. Evidenciamos que as respostas estão relacionadas com as atividades que desenvolvem no serviço, as quais abrangem atividades de caráter administrativo e de caráter assistencial. Assim, dos oito participantes, sete desenvolvem atividades assistenciais e gerenciais e apenas 01 (um) participante desenvolve as atividades específicas de gestor nesses serviços. Os discursos abaixo reforçam essas atividades desenvolvidas por eles nesses serviços de diálise:

“[...] não só como gestor, mas também como assistencial que eu acabo fazendo duas funções” (E1).

“Eu fico no CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) e na parte administrativa. Acabo assumindo a assistencial” (E7).

“Eu já participei dos dois lados. Eu tive momento que era gestora e que eu era assistencial. Ou seja, aquilo que infelizmente é a realidade dos serviços de diálise, por diminuição dos custos, alguns serviços em sua maioria acabam agregando à um duas funções” (E5).

Nas falas dos participantes percebe-se que, ao descreverem suas atividades no dia a dia, eles consideram as atividades de cuidado direto ao paciente em hemodiálise como de

responsabilidade do enfermeiro assistencial. No relato de E1 e E3, essas atividades de sala devem ser realizadas apenas pelos enfermeiros assistenciais.

“Trabalho dentro da sala dando esse cuidado específico pro paciente, na verdade eu faço tudo que um assistente faz que é o cuidado com o paciente!”(E1).

“Eu faço a assistência e a gerência. Assumo os pacientes crônicos. A parte assistencial pelos meus 54 pacientes isso é trinta por turno sob minha responsabilidade no programa” (E3).

Costa et al (2010) enfatizam que a terapia renal substitutiva (TRS) é um serviço especializado e, como tal, a enfermagem presta uma assistência individualizada no cuidado com o paciente em hemodiálise.

Sendo assim, o enfermeiro tem seu foco de formação profissional, no gerenciamento do cuidado ao paciente. Entretanto, o contexto de trabalho no dia a dia, o direciona para as questões gerenciais burocráticas preestabelecidas pela organização (Willig et al, 2006).

As atividades de caráter assistencial foram destacadas nos discursos dos entrevistados E4 e E8, os quais descrevem como atividades do enfermeiro, nas salas de hemodiálise, em um linguajar coloquial desses serviços, os seguintes pontos: Assumir a responsabilidade dos pacientes no turno de diálise, ligar e desligar paciente, passar nas máquinas, revisar peso, tempo, supervisionar reuso, realizar curativos, programação das máquinas, os exames dos pacientes, as vacinas e as fístulas.

Os discursos, a seguir, expõem essas atividades na percepção desses participantes:

“Eu também faço a parte assistencial. Eu desenvolvo as atividades na troca do turno, ajudo a ligar e desligar paciente, passo nas máquinas pra revisar peso, tempo, vejo a parte de material, supervisiono reusos, os capilares diariamente, basicamente isso.”(E4)

“Faço a parte técnica quando eu ligo e desligo os pacientes, faço curativos, a parte dos cateteres sou eu que faço, a programação das máquinas, a questão de tá observando os exames dos pacientes, a questão das vacinas, tem a questão das fístulas pra marcar, auxílio o médico no cateter...”(E8)

Um fato nos chamou atenção nos depoimentos. Em um dos serviços, além da hemodiálise, é oferecida a modalidade terapêutica de CAPD (Diálise Peritoneal Ambulatorial Contínua) e essa modalidade é de responsabilidade única do enfermeiro gestor desse centro. Na fala de E7 percebe-se que, além de assumir a função de gestora e responsável pelo CAPD, desenvolve também atividades em sala de hemodiálise. Portanto, um depoimento dissonante entre os encontrados nas falas dos participantes.

“Eu fico no CAPD (Diálise peritoneal Ambulatorial Contínua) e na parte administrativa!. As vezes assumo um turno quando tem alguma enfermeira de folga, na parte assistencial ligo o turno aí vou passando nas máquinas pra ver se tá tudo certo, se o banho tá subindo, se não

esqueceram de fazer heparina, se o peso seco do paciente tá de acordo e conversar com o paciente pra saber se ele tá sentindo alguma coisa, que tipo de banho ele tá usando, se tem paciente internado, principalmente CAPD porque aí eu tenho que subir e passar visita como está, se está sendo feito as trocas, se tem algum problema”(E7). (DISSONÂNCIA).

Podemos inferir que o discurso manifestado pelos entrevistados, mediante as atividades assistenciais desenvolvidas nas salas de hemodiálise ou em outra modalidade dialítica, esteja diretamente relacionado ao nível de preocupação com a qualidade da assistência que está sendo prestada aos pacientes pela equipe de enfermagem durante as sessões de hemodiálise, o que implica questões legais. Esse cuidado é destacado no discurso de E2.

“O enfermeiro tem que garantir que a equipe de enfermagem execute suas atividades com vistas a qualidade e segurança do paciente e da equipe, com rotinas muito bem definidas conscientizando a equipe de uma assistência humanizada e segura. O cumprimento do código de ética”(E2).

Lima & Santos (2004, p.160) dizem que no cotidiano do atendimento de hemodiálise existe uma preocupação com os procedimentos técnicos, com o gerenciamento e supervisão por parte do enfermeiro e domínio da máquina.

Estudos de Araújo & Silva (2012) corroboram com nossas inferências. Esses autores concluíram que, durante o processo dialítico a enfermagem tem importância muito grande na observação contínua dos pacientes durante a sessão, evitam as complicações ao fazer o diagnóstico precoce de tais intercorrências e ajudam a salvar vidas.

3.3 CATEGORIA 2 - ASPECTOS RELACIONADOS À FUNÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO NO PROCESSO DE TRABALHO EM HEMODIÁLISE

Nossa pesquisa não se propôs definir e diferenciar as atividades assistenciais das gerenciais. No que se refere à função do enfermeiro gestor, nesta categoria procuramos verificar o conhecimento dos participantes em relação às atividades específicas e as implicações legais relativas as suas responsabilidades enquanto enfermeiro responsável técnico desses serviços. De acordo com os depoimentos, apesar de desenvolverem também atividades assistenciais, os participantes descrevem as atividades que consideram específicas de acordo com sua percepção, como principais as seguintes: Escala de serviço, tratamento de água, indicadores de diálise, exames mensais, supervisão e controle de materiais, reuso de capilares, acesso vascular, controle de infecção hospitalar.

Nas falas dos participantes foi possível evidenciar a grande preocupação em relação ao dimensionamento de pessoal. Quando questionados sobre as atividades que desenvolviam no serviço, o automotismo respondia por eles tendo, em suas falas, a escala de serviço como marca de atividade gerencial. Todos os participantes dizem que a confecção da escala de serviço e de tarefas é de sua responsabilidade. Destacamos os depoimentos de E1, E3 e E5 nesses discursos.

“[...] A atividade que desenvolvo é primeiramente como gestor que eu faço a distribuição da escala. Então eu redivido a escala, programo a escala de funcionários, a escala de pacientes todos os dias, remanejamento de pessoal, de todo esse desfalque, isso é atribuição minha” (E1).

“[...] como atribuição que tenho é a confecção de escala mensal e diária, não só de folgas. A parte toda de redefinir as tarefas dos técnicos e enfermeiros” (E3).

“[...] Desenvolvo a parte de organização da enfermagem, de fazer escala de enfermagem, montar cronograma de férias da equipe de enfermagem e substituição. Escala, cronograma, ausência de funcionário, substituição de funcionário (então eu fico na linha de frente disso), admissão de funcionários em comum acordo com o serviço de psicologia (E5).

Percebe-se nos discursos que o enfermeiro gerente assume pra si essa responsabilidade. Esse dado vai de encontro à literatura, pois em estudo sobre escalas de distribuição de pessoal de enfermagem, segundo Massarolo (2011, p.107), frequentemente, compete à enfermeira chefe da unidade a elaboração da escala mensal, porém essa atividade poderá ser delegada a outro elemento da equipe de enfermagem, após orientação de critérios de elaboração.

Podemos inferir que a preocupação esteja relacionada com a qualidade e segurança de atendimento aos usuários do serviço, bem como as questões legais de autonomia exigidas em portaria. Conforme descrito na Resolução COFEN Nº 293/2004, tem-se a considerar:

Art. 7º - Deve ser garantida a autonomia do enfermeiro nas unidades assistenciais, para o dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem (COFEN, 2004, p.4).

Art. 8º - O responsável técnico de enfermagem deve dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação de programas de educação continuada (COFEN, 2004, p.4).

Souza et al (2011.p. 139), em estudo sobre o dimensionamento de pessoal, concluem que a insuficiência de recursos humanos para o serviço de enfermagem tem sido preocupante, especialmente para os enfermeiros que ocupam cargos de gerência, uma vez que tal inadequação implica questões legais, de saúde e satisfação do próprio profissional. E afirmam, ainda, que a elaboração da escala mensal e diária de enfermagem é

competência da enfermeira que, como gerente, articula e integra o processo de dimensionamento e distribuição de pessoal de enfermagem.

Acerca da questão legal em hemodiálise, conforme estabelece a RDC nº 154/2004, para o funcionamento do serviço é necessário que em cada turno de hemodiálise haja, no mínimo, um médico e um enfermeiro para cada 35 pacientes e um técnico ou auxiliar de enfermagem para cada quatro pacientes, e que todos os membros da equipe devem permanecer no ambiente de realização da diálise durante todo o período de duração do turno (Brasil, 2004).

Nesse contexto, a preocupação com a escala de serviço justifica-se também pelas questões relacionadas aos aspectos legais do processo gerencial nesses serviços. Ainda dentro do mesmo questionamento, importa ressaltar os depoimentos de E3 e E7 que descrevem de forma ampla as responsabilidades referentes à função.

“Específico diria o controle da água, acompanho o tratamento da água diariamente, os exames quando chegam o resultado vem direto pro meu e-mail, imprimo já olho e depois levo para o diretor a RT médica (RT- Responsável Técnica), eu que notifico a vigilância sanitária tanto da água quanto quem faz o levantamento dos indicadores da clínica é responsabilidade minha e não do médico. O controle do nosso reuso, de tá supervisionando isso de perto, dos indicadores de infecção, não só os indicadores da ANVISA, mas o nosso aqui de qualidade e assistência de enfermagem como: hematomas, infecções, as complicações intradialíticas, das complicações que a gente tá tendo, sempre na tangente do serviço de enfermagem, no que a gente oferta do cunho científico ao paciente, isso é do responsável técnico tá participando. E aí da pra ver se foi erro técnico ou não técnico ou mesmo biológico do paciente. E em cima disso dá pra gente conseguir ter uma perspectiva pro próximo mês e pra tá sanando esses problemas. E também da elaboração dos protocolos, rever todos os POPs (Procedimento Operacional Padrão) da clínica, pode ou não sentar com os enfermeiros e a equipe toda multidisciplinar mas o final mesmo é do enfermeiro. Caí sobre ele a responsabilidade do enfermeiro técnico ver o que é mais viável pra equipe dele pois é ele que juridicamente é ele mesmo que vai responder”(E3).

“Na parte de gerência faço toda a estatística, toda documentação que tem que mandar para SESMA. Estatística de número de pacientes que a gente tem, número de infecções, pacientes com falência de acesso, quem tem fístula arteriovenosa (FAV), quem usa cateter e Permcath. As reuniões do hospital principalmente a parte de material que é fornecido ao hospital eu tenho que participar. Algum tipo de atividades com os técnicos de enfermagem também tenho que fazer essa programação de reciclagem com eles. Tenho que estar sempre a par da nossa água tratada, todo dia tenho que está vendo se está sendo feito, se estão fazendo avaliação de água ou não. Tenho que acompanhar o rapaz da empresa terceirizada que trabalha aqui pra ver se realmente está tendo essa análise de água todo dia, tanto diário como mensal, semestral. Também tenho que tá solicitando a análise físicoquímica da água. Fazer as normas e rotinas do hospital. Estar sempre acompanhando pra ver se estão seguindo. A parte de manutenção das máquinas, se estão sendo mantidas. Reuso a mesma coisa, o controle pra ver se tá tudo certo, façooooo – pausa, suspira - , faço muita coisa.” (E7).

Podemos inferir que a naturalidade das respostas manifestadas pelos entrevistados, mediante as atividades específicas, esteja diretamente relacionada com o nível de conhecimento desses informantes em relação à função desempenhada e às cobranças legais

exigidas pelos órgãos competentes vigilantes desses serviços. Supõe-se que o tempo de atuação dos participantes na área de hemodiálise e o tempo de atuação como gestor, nesses serviços, contribuem para o conhecimento.

Pode-se observar que o enfermeiro gestor deve ter conhecimento técnico e científico para desenvolver seu trabalho de maneira organizada, através de meios que possam nortear o trabalho rotineiro da enfermagem nesses serviços Marx & Morita (2003, p.19) dizem que os serviços de hemodiálise devem prestar uma assistência qualificada ao paciente, atendendo aos padrões de segurança necessários, com exposição mínima aos riscos decorrentes do próprio tratamento, em relação aos benefícios obtidos.

Percebe-se que como parte do exercício na função de gestor, os enfermeiros em seu processo de trabalho têm uma necessidade profissional de “controlar” e acabam tomando pra si uma responsabilidade que é do outro. O discurso de E3 diz ser específico dele e não do médico, o controle de tratamento de água, os exames e a notificação à vigilância sanitária, assim como o discurso de E7 o qual diz que é ele quem tem que solicitar a análise físico-química da água. Esse fato nos chamou atenção pois conforme descrito na RDC – 154, compete ao Diretor Clínico dos serviços de diálise a responsabilidade da qualidade da água em todas as etapas do seu tratamento, mediante o monitoramento dos parâmetros microbiológicos e físico-químicos, assim como, dos próprios procedimentos de tratamento (Brasil, 2004).

Acredita-se que por ser responsável técnico pelo serviço de enfermagem e a preocupação com a ocorrência de eventos adversos e com a qualidade do cuidado prestado aos pacientes em hemodiálise relacionados às implicações legais, sejam esses os motivos que contribuem para essa tomada de responsabilidade pra si. Corroborando, Carvalho (2006) diz que o sucesso da empresa irá depender, cada vez mais, da qualidade e profissionalismo dos gestores.

No depoimento de E1 fica claro a preocupação que os participantes têm com os indicadores de diálise. Indicadores esses que são estabelecidos nas resoluções da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA). Segue discurso abaixo:

“Como gerente a minha maior responsabilidade é no final do mês fazer os indicadores e encaminhar para a SESMA (Secretaria de Saúde Municipal). Até o dia cinco eu tenho que fazer e a responsabilidade é só minha” (E1).

Percebe-se o compromisso da responsabilidade da função. Ao serem questionados sobre os indicadores que devem ser enviados, os participantes demonstram ter conhecimento e preocupação com as questões legais, uma vez que esses serviços devem encaminhar o consolidado semestral dos indicadores, no mês subsequente ao período de coleta, à Vigilância Sanitária e ao Controle e Avaliação da Secretaria Municipal de Saúde (Brasil, 2006, p. 1-2; Brasil, 2004, p.21).

De acordo com as resoluções da ANVISA de nº 1671, de 30 de maio de 2006 e a RDC -154/2004 fica estabelecido os indicadores para subsidiar a avaliação do serviço de diálise. Entre estes indicadores, temos: taxa de mortalidade, taxa de saída por transplante, taxa de soro conversão por hepatite C, taxa de internação dos pacientes em diálise, taxa de pacientes em uso de cateter venoso central temporário, taxa de infecção no local de acesso para hemodiálise, incidência de peritonite, incidência de pirogenia, taxa de transferência de diálise peritoneal para hemodiálise, taxa de transferência de hemodiálise para diálise peritoneal (Brasil, 2006, p. 1-2 ; 2004, p.21).

Em suas falas, poucas diferenças significativas foram identificadas, onde destacamos o procedimento operacional padrão (citada por quatro participantes). Portanto, mediante os depoimentos, os participantes dizem ser de sua competência, também, a elaboração dos POPs (Procedimento Operacional Padrão) e manual de normas e rotinas. Por ser um instrumento de consulta, o manual de enfermagem tem por finalidade esclarecer dúvidas e orientar a execução das ações de enfermagem.

Ressalta-se, aqui, que todo serviço de diálise deve estabelecer, por escrito, uma rotina de funcionamento, assinada pelo médico responsável técnico (RT) e pelo enfermeiro responsável pelo serviço de enfermagem, compatível com as exigências técnicas previstas no regulamento técnico para funcionamento dos serviços de diálise (Brasil, 2004, p 6).

Um outro dado significativo nos discursos de três participantes como atividade específica da função do enfermeiro gestor, é a educação continuada. Por isso, cabe ao enfermeiro gerente a organização e desenvolvimento de capacitação profissional da equipe de enfermagem. Araújo & Santo (2012) corroboram afirmando que o sucesso na realização da terapia dialítica está relacionado com a disponibilidade de uma equipe de enfermagem capacitada para este tratamento. Uma vez capacitada a equipe de trabalho, minimizamos os índices de intercorrências e melhoramos a qualidade de vida dos pacientes em terapia hemodialítica. Logo, o processo de educação permanente é fundamental para o domínio da equipe.

3.4 CATEGORIA 3 - ASPECTOS RELACIONADOS AO CONHECIMENTO DAS IMPLICAÇÕES LEGAIS NO PROCESSO GERENCIAL DO ENFERMEIRO EM HEMODIÁLISE

Dando continuidade à análise dos resultados, nesta categoria constatou-se que na pergunta do instrumento: “Você tem conhecimento das implicações legais advindas do cargo de responsável técnico do Serviço de Enfermagem? Se sim, Cite quais”, dos oito entrevistados, quatro (4) responderam que Sim, conhecem as implicações legais, enquanto que um enfermeiro respondeu que Não. Um outro participante respondeu “talvez”, um (01) respondeu “mais ou menos” e um (01) respondeu “algumas”. Nas falas de E1, E5, E7 e E8 torna-se evidente o desconhecimento e o conhecimento superficial.

“Não. Até o momento muito superficial, muito superficial mesmo. Eu...ficou calada por alguns instantes e continuou a fala dizendo: é melhor não falar nada, não sei mesmo” (E1).

“Talvez, naquela proporção que eu deveria conhecer, na íntegra, não! mas a gente sabe que carrega uma responsabilidade maior dentro do serviço” (E5).

“Mais ou menos. Porque a gente acaba respondendo por muita coisa aqui dentro” (E7).

“Algumas. Acho que tudo que diz respeito ao controle de infecção, é implicação nossa. [...] sei que tem muito mais mas, no momento é só isso que eu lembro” (E8).

Em nosso entendimento, apesar de verbalizarem desconhecimento e conhecimento superficial, os depoimentos acima evidenciam que esses participantes têm a noção de que se alguma coisa der errado no serviço, eles podem responder, mas na prática não sabem identificar os pontos e suas reais implicações diante do exercício profissional. No discurso dos que dizem desconhecerem as implicações legais, destacamos o depoimento de E5, o qual é o único que diz ter somente atividades de gerente. Por assumir somente a função de gestor, teoricamente deveria ter um conhecimento maior. Mas, mesmo dizendo não conhecer, reconhece que qualquer dano causado ao paciente implica responder pelo dano causado a outrem.

“Talvez naquela proporção que eu deveria conhecer, na íntegra não. Mas a gente sabe que carrega uma responsabilidade maior dentro do serviço. Até quando eu citei a questão da água, uma vez quando a gente tava com um “probleminha” e haja a investigar, faz contraprova aí ela falou pra mim (a médica responsável técnica): tu sabes né! Quem responder, somos nós duas. Então tudo e qualquer coisa que vai trazer qualquer dano ao nosso paciente ele vai sobre nossa responsabilidade técnica, eu e a médica que é responsável técnica do serviço. Então nesses aspectos que podem trazer qualquer dano ao paciente a gente sabe que vai responder lá na frente. Por isso que eu fico muito vigilante nesses pontos pra que não tenham brechas nenhuma” (E5).

Comparando esses resultados a outros estudos, podemos verificar que, apesar da experiência dos participantes, as dúvidas estão presentes. Winck & Brüggemann (2010), estudiosos da temática discutida, afirmam que à medida que os enfermeiros assumem com autonomia suas atribuições, acompanhando os avanços tecnológicos e da ciência, embora conquistem seus espaços, dúvidas são suscitadas a respeito da responsabilidade profissional em seus aspectos legais.

Apesar da importância da gerência do enfermeiro nos serviços de saúde, observa-se que a literatura tem apontado para o fato de que o conhecimento dos enfermeiros sobre o processo de trabalho gerencial é ainda incipiente, diante de sua importância e complexidade (Sanches et al, 2006).

Deste modo, para que as dúvidas sejam esclarecidas, faz-se mister que os profissionais de enfermagem conheçam as normas legais que regulamentam os direitos e as obrigações relativos ao exercício da profissão (Freitas & Oguisso, 2007).

Por outro lado, ao analisarmos os depoimentos dos participantes que responderam “sim” ao questionamento, percebemos um conhecimento mais profundo referente ao processo de trabalho desenvolvido indo além do cuidado dispensado aos pacientes, ao descrevem orientações de ordem legal e questões trabalhistas.

Destacamos o discurso dos participantes E3 e E4, os quais descrevem de maneira mais abrangente as implicações legais na percepção deles.

“Sim. Eu tenho que manter o serviço de acordo com RDC e quanto com a portaria que veio nova e com algumas mudanças. Então a adequação de escalas tem que ser compatível o número de funcionários com o número de pacientes que a clínica atende, até o espaço físico o enfermeiro tem que estar olhando porque tem que estar tudo dentro da normatização. O controle da qualidade da água, os exames apesar do médico fazer o pedido mas o enfermeiro também tem que participar dessa avaliação, tem que estar observando porque um serviço é continuidade do outro. Realmente está sendo feito porque muitas vezes o médico faz a solicitação mas a enfermagem esquece de coletar aí fica para outra diálise, aí quando a gente vê já passou as datas então tem que estar tudo de acordo, então tudo isso implica depois juridicamente. Olhar os prontuários se tudo está sendo registrado, se tudo está sendo feito sendo ele físico ou on-line (prontuário do paciente, on-line que é a realidade da clínica) tem que ter essa supervisão. Porque futuramente em um processo ou alguma coisa, ou mesmo quando a gente recebe visita dos órgãos fiscalizadores tem que estar tudo registrado. Geralmente eles passam em visita in locu, mas se você não tiver nada registrado, se tá fazendo, tá acontecendo, seja certo ou errado no teu serviço, não tem como você responder, isso é responsabilidade” (E3).

“Sim. Eu sei que posso responder se ocorrer algum evento aqui na clínica, tanto no órgão de classe, como judicialmente se houver algum episódio com o paciente. Respondo também na parte trabalhista quanto as questões dos técnicos de enfermagem. Respondo também a questão da água, eu e o RT a gente se preocupa diariamente e supervisiona diariamente se entrou o ozônio, a coleta da água para exame, a gente sabe que se acontecer quem vai responder alguma coisa primeiramente somos nós, eu e o diretor técnico” (E4).

Podemos inferir que esse conhecimento esteja diretamente relacionado à experiência profissional desses participantes. Entretanto, mesmo diante do conhecimento e da experiência, o enfermeiro gestor deve estar sempre atento às ações desenvolvidas por sua equipe de trabalho, pois, a relação causa-efeito entre o profissional e o dano cometido a outrem, é de responsabilidade do enfermeiro. Pedrosa (2005), estudando os aspectos práticos da aplicação do direito à enfermagem, descreve que no desenvolver da profissão, os profissionais de enfermagem podem ser objetos da acusação de terem cometido erros com condutas inadequadas ou negligenciadas; por isso, a responsabilidade em sua atuação enquanto cuidador deve ser pautada no código de ética de enfermagem pois, segundo “um axioma fundamental do Direito é que toda gente capaz e adulta é responsável diretamente pelos danos que provoca”.

Importa ressaltar, aqui, que durante a primeira parte do roteiro de entrevista os participantes foram questionados a respeito do registro de responsabilidade técnica nos órgãos de classe. Esse fato foi bem interessante pois dos oito participantes apenas quatro dizem ter registro de responsabilidade técnica no Conselho Regional e Federal de Enfermagem. Analisando esse dado, percebe-se que quatro dos participantes estão infringindo a lei do exercício profissional, assim sendo não poderiam estar assumindo as responsabilidades à frente das funções de enfermagem nesses serviços. É importante ressaltar que o enfermeiro, que tem o papel privativo de gerenciar sua equipe, deve ter seu respaldo legal para o exercício profissional. Para os que responderam que tinham registro de responsabilidade técnica, questionamos: Como ocorre o processo para o enfermeiro adquirir a anotação de responsabilidade técnica?

Em resposta a essa indagação, um dos entrevistados descreveu como se dá o processo de registro para o exercício de RT junto aos órgãos de classe.

“[...] a gente encaminha o certificado de especialista para o COREN, que encaminha ao COFEN para averbação e esse número do título de especialista que lhe confere o direito de responsabilidade técnica. A partir disso o COREN lhe entrega a resolução aonde estão todas as suas responsabilidades legais” (E2).

Nossos dados coletados vão ao encontro dos dados do referencial teórico. O Conselho Federal de Enfermagem resolve através da Resolução COFEN nº 302/2005 – Baixa normas para a Anotação de Responsabilidade Técnica do Enfermeiro; sendo assim, o COFEN, considerando a Deliberação da Plenária em sua 327ª Reunião Ordinária, resolve:

Art. 1º - A Anotação pelo COREN, da Responsabilidade Técnica do Enfermeiro pela gestão do Serviço de Enfermagem de todos estabelecimentos, onde houver atividade de enfermagem, passa a ser regida pela presente Resolução.

Art. 2º - Todo estabelecimento onde existem atividades de Enfermagem, deve obrigatoriamente apresentar Certidão de responsabilidade Técnica de Enfermagem, cuja anotação deverá ser requerida pelo profissional Enfermeiro.

§ 1º - A Certidão de Responsabilidade Técnica – CRT, deverá ser renovada a cada 12(doze) meses. Após sua emissão.

§ 2º - Em caso de substituição do Responsável Técnico – RT, em período inferior a um ano, a direção do estabelecimento deverá encaminhar ao COREN, dentro de 15 dias, a partir da ocorrência, a eventual substituição da Anotação da Responsabilidade Técnica, requerida ao COREN pelo novo enfermeiro, conforme disposto no Art, 3º.(referente a documentação para requerimento de Anotação de Responsabilidade Técnica.).

1.20 – Comunicar ao COREN/PA, quando deixar de responder pela Chefia do Serviço de Enfermagem, para cancelamento de CRT. (COREN/PA, 2005).

3.5 CATEGORIA 4 - ASPECTOS RELACIONADOS À ATUAÇÃO E IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO GESTOR EM HEMODIÁLISE E AS IMPLICAÇÕES LEGAIS

Ao serem questionados sobre a atuação do enfermeiro como gestor no serviço de hemodiálise, os participantes reconhecem que o enfermeiro tem conhecimento científico, técnico e administrativo para gerenciar com primazia o serviço de diálise. Entretanto, eles demonstram em suas falas que, apesar de terem conquistado espaço profissional, não conseguem atuar como gostariam, pois referem que precisam ter autonomia, necessitam se sentir respeitados e reconhecidos principalmente pela enorme responsabilidade que assumem nesses serviços privados. Destacamos os depoimentos de E2 e E3, os quais retratam esses entraves na atuação desses enfermeiros.

“Acredito que o profissional enfermeiro nefrologista tem conhecimento científico e administrativo para gerenciar com primazia em serviço de nefrologia em terapia dialítica, mas o que percebo que ainda há profissionais que não conseguem profissionalizar-se diante da categoria médica submetendo-se ao julgo.”(E2)

“Ainda galga, engatinha, principalmente nos serviços privados, a gente não consegue ter a atuação que a gente poderia ter, ainda é muito cortada, você é limitado, é um trabalho que você tem que fazer corpo a corpo, mostrando o papel, a importância do seu papel de enfermeiro dentro da instituição, que ele não é só cumpridor de ordens que vêm de cima, ele tem poder de decisão, tem uma grande responsabilidade na mão dele, ele é dono de uma ciência que é dele, que outro profissional não vai fazer o que ele faz, que a ciência é dele.”(E3)

A respeito disso, os resultados obtidos aqui convergem com os encontrados em outros estudos, que destacam, como empecilhos de atuação em hemodiálise, a falta de autonomia no trabalho. Percebe-se que as tomadas de decisão são da direção desses serviços e que os enfermeiros acabam se adequando às normas institucionais impostas.

Borges et al (2013) afirmam que o poder de decisão e autoridade são conferidos pela organização; logo, a autonomia na tomada de decisões do enfermeiro gerencial na organização do trabalho de enfermagem, depende das normas estabelecidas pela instituição, o que se torna um entrave para que as transformações necessárias aconteçam.

Willig et al (2006), em estudo sobre gerenciamento e cuidado em hemodiálise, evidenciaram como empecilhos, para o gerenciamento nesses serviços, pouco tempo, escassez de pessoal, falta de autonomia no trabalho e pouco conhecimento sobre gerenciamento pelas enfermeiras. Em nosso estudo, esses fatos são evidenciados no depoimento de E7 e E8.

“Na verdade a gente acaba abraçando várias coisas, e a gente não consegue distinguir o que realmente é a nossa função e o que não é. Essa é a realidade” (E7).

“aqui a gente não tem como separar, eu pelo menos aqui no meu trabalho não tenho como separar a gerência da assistência, eu tô sozinha. Pro enfermeiro atuar primeiro ele tem que ter mais autonomia, tem que ter espaço, tem que ter respeito principalmente, mas, acho que antes de tudo isso ele tem que ter conhecimento do que ele faz”(E8).

Em nossa pesquisa evidenciamos, também, nas falas dos participantes que eles consideram essencial as atividades de gerência do enfermeiro para a organização e andamento do serviço prestado e por isso, deveriam exercer apenas a função de gestor, mas sem deixar de exercer um papel fiscalizador na parte assistencial. Esse desejo ficou bem destacado na fala de E4.

“Eu acho assim, seria importante o enfermeiro ficar só na gerência, mas sem deixar de lado a parte assistencial. Seria importante se eu ficasse só na gerência, mas ficasse lá dentro supervisionando o que tá acontecendo. Porque muitas vezes na hora estou fazendo assistência eu posso deixar de ver alguma coisa, pelo lado mas, se eu ficasse exclusivo como gerente eu posso tá atuando mais em cima ...!” (E4).

Podemos ainda destacar nas falas dos entrevistados, o depoimento de um participante que vivencia a função exclusiva de responsável técnico em um dos serviços de hemodiálise de nosso estudo. O participante E5 diz que, apesar de exercer a função gerencial, não abre mão dos plantões. Esse fato levantou nossa curiosidade uma vez que os depoimentos dos outros sete participantes ansiavam por exercerem apenas a função gerencial nos serviços.

Segundo o depoimento do participante E5, evidenciamos a necessidade do profissional de estar perto, supervisionando o trabalho de sua equipe, para ter certeza que não há falhas que possam colocar em risco a credibilidade da instituição no cuidado prestado ao paciente, e se presente, essas questões possam ser sanadas. Este participante

demonstra, sobremaneira, o respeito pela atuação do enfermeiro assistencial como parceiro em manter as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem no processo gerencial estabelecido pelo serviço.

“[...] você sabe! Você delega, você passa, você ensina, você treina, mas se não estiver supervisionando não adianta então mesmo como gerente eu não deixo de tirar plantões porque é nesses plantões que ficamos próximo e facilita a melhoria da qualidade porque muitas vezes percebemos que estão no automático, e nesse momento atuamos fazendo a adequação nas não conformidades. Mas tudo tem que ter consenso entre o enfermeiro gestor e os enfermeiros da assistência. é o momento que tu tá na sala, momento que de certa forma te permite uma supervisão mais próxima, a gente desenvolve a observação clínica, só de olhar a gente sabe que não tá adequado. Não sei, a gente desenvolve! temos que ter cuidado até no modo de tratar o paciente. Por conviver muito tempo, o seu Francisco já é Chiquinho. O seu chico gosta de ser tratado mas até o momento assim que ele se aborrecer. Até que pro paciente esteja legal você é o melhor técnico, melhor enfermeiro, mas quando ele se aborrecer vai dizer que você tá faltando com o respeito e a gente se permite isso por tanto tempo de convivência, mas isso da trabalho, vivenciaram situações que fizeram dar uma parada. Tem que pôr limite na equipe. A minha relação não sou autoritária, não gosto desse perfil de liderança, mas sou aquela parceira com limite [...]” (E5).

Os entrevistados nessa pesquisa dizem que a percepção de priorizar a assistência aos doentes faz parte do processo gerencial, pois é importante o gerenciamento para a assistência e reconhecem que assistir e gerenciar devem ser ações concomitantes em que uma subsidia a outra, corroborando com Giordano et al (2012), ao estudarem sobre a percepção dos enfermeiros frente às atividades gerenciais na assistência ao usuário.

Podemos inferir que a necessidade de estarem à frente da supervisão dentro da sala de hemodiálise seja em função da necessidade de não perderem a destreza técnica, assim como o medo de não atingirem as metas e objetivos da instituição, o que ocorreria em implicação legal. Por outro lado, o desejo de cumprirem apenas a função de gerência esteja relacionado à sobrecarga de trabalho e à sensação de prejuízo para a qualidade da assistência prestada.

Mais uma vez por ser o participante dissonante da pesquisa em relação à função diferenciada, destacaremos a fala do enfermeiro E5, descrevendo a importância do enfermeiro atuar somente na função de gestor do serviço de enfermagem em hemodiálise. Segundo ele, isso só foi possível porque a clínica passou pelo processo de acreditação hospitalar.

“Então eu acho que se todos pudessem ter essa visão na frente que tudo um gestor, numa gerência as coisas tendem a melhorar pro serviço, eu acho que seria um ponto de partida principal para todos os serviços, porque não dá, nem que a gente queira fazer mas a gente não consegue. Que a gente sabe que isso prejudica porque a gente não consegue fazer bem feito nem o lado gestor nem bem o lado assistencial como agora eu tive oportunidade de ser só

gerente, eu consigo me atentar das coisas que são relevantes da parte de gerenciar um grupo, eu consigo evoluir esse quadro, porque enquanto tu estás na assistência tu sabes que a tua visão é só para a assistência, porque é coisa imediata que não dá pra esperar. Aí a parte administrativa que dá pra esperar você vai levando como pode, do jeito que der, e aí o que acontece tu deixas de atuar desse lado e tu deixas as coisas sem supervisão adequada. Sempre fica um mal feito, ou tu vais deixar a desejar dentro da sala assistencialmente os teus pacientes pra poder fazer, ou tu vais sempre deixar o administrativo que pode esperar e sempre vai se atrasando as coisas e as vezes uma coisa que tu já podias ter identificado, tu não identificastes porque tu não sentastes pra rever, pra fazer, pra elaborar porque não teve tempo, porque o paciente na sala naquele momento é a tua prioridade. E a gente não consegue fazer porque eu já participei desses dois momentos” (E5).

De acordo com Winck & Brüggemann (2010), é do enfermeiro a obrigação e supervisão das atividades dos membros da equipe de enfermagem. Portanto, diante do dano ocorrido no desenvolvimento profissional, cria-se uma nova responsabilidade a quem foram delegadas as ações do cuidado, porém não exime a responsabilidade do enfermeiro diante do dano.

Em relação à importância do enfermeiro na função de gestor e as implicações legais do serviço, percebe-se que os participantes dizem ser de extrema importância ter o enfermeiro à frente do serviço de enfermagem em qualquer instituição de saúde. No serviço de hemodiálise não deve ser diferente, principalmente porque as resoluções preconizam a participação desses profissionais como essenciais nesses serviços. Damos, aqui, um destaque ao depoimento do E3 que retrata as falas dos participantes:

“Eu tenho certeza que a implicação legal é cabível, porque o enfermeiro é o único que pode gerenciar o serviço de enfermagem. Que a enfermagem tá fazendo, a gente não pode atribuir isso a um médico, um assistente social ou a um nutricionista porque são áreas distintas. Então o único que pode responder legalmente pela sua equipe é o profissional enfermeiro não pode chamar outro profissional pra responder por outra profissão que eu não sou qualificada, não sou graduada, não estudei, não domino, não tenho instrumentos pra tá avaliando” (E3).

Nesse sentido, Oguisso & Schimdt (1985), em estudo sobre o enfermeiro e a responsabilidade legal do exercício profissional, dizem que quando o enfermeiro assume um cargo de gestão, significa que o mesmo passa a responder juridicamente pelos próprios atos ou de outrem, sempre que estes violem os direitos de terceiros protegidos por lei e de reparar os danos causados, incluindo o dever de dar conta de alguma coisa que fez ou delegou por ordem pública ou particular.

Complementando, Carvalho (2006) acredita que a gestão é uma função organizacional separada e que desempenha um papel fundamental no planejamento, implementação e na avaliação e medição dos melhores resultados de produtividade.

Um discurso significativo em relação à atuação do enfermeiro gestor e às implicações legais, foi percebido nos discursos de E7 e E8. Vale ressaltar que o

participante E7 é o único que trabalha em regime de 40 horas semanais, já que os demais enfermeiros do estudo têm carga horária de 36 horas semanais.

“Na verdade a gente acaba abraçando várias coisas, e a gente não consegue distinguir o que realmente é a nossa função e o que não é. Essa é a realidade, Por exemplo, eu como gestora, eu trabalho no CAPD, isso foi uma tarefa que me foi dada mas não quer dizer que estaria ali para eu cumprir como gestora. Mas, como faz parte do serviço eu acabo fazendo porque é daqui do hospital, mas, tem muitas coisas que vêm pra nossa mão que não é só a gente que tem que atuar. Eu penso assim... pintura, estrutura física, nem toda vez tem que ser responsabilidade do enfermeiro tá olhando aquela parede que tá quebrada. Então o que a gente faz: a gente vê, solicita o conserto, mas nem toda vez aquilo é resolvido de imediato. Pode tá todo mundo vendo, todas as outras enfermeiras vendo, mas você por ser responsável, se você não fizer, você é chamada atenção, é uma carga assim bem pesada pra quem é responsável e pra quem realmente se interessa por aquilo de tá ali ajudando, porque você responde por muita coisa, é muita coisa pra você responder. Talvez seja por isso que a carga horária tenha que ser mais extensa, porque você tá ali, tem que responder por tudo. Você é a única que não pode ficar doente, faz toda uma programação. Por exemplo: eu vou sair , mas tenho que deixar tudo pronto, a escala pronta durante quatro meses para ver se quando voltar tá mais ou menos do jeito que eu deixei” (E7).

“A gente conversa com o paciente, a gente assume o papel de psicóloga, aí já tem um problema pra resolver, a gente vê a questão até do serviço social, vê a administração, vê até a questão do lixo, então a gente faz uma porção de coisas que não é da gente. Vê a questão da água, agora têm a questão dos exames, tudo bem! que o enfermeiro têm que ficar atento em relação aos exames, mas são tantas coisas que às vezes até a tua função tu esqueces pra fazer outras coisas que não é da tua competência” (E8).

O participante E7, por desenvolver tantas atividades e pelo tempo escasso para tanta responsabilidade, acredita que por esse motivo o enfermeiro gestor deve ter uma carga horária de trabalho diferenciada do enfermeiro que atua na assistência. Essa profissional demonstra preocupação em se ausentar do trabalho por tanto tempo e ao retornar não encontrar o serviço organizado. Isso demonstra a insegurança no trabalho da equipe que gerencia, e considera a gerência um fardo pesado que não tem com quem dividir. Entretanto, parece ter assumido responsabilidades sem questionar sobre o seu real papel enquanto gestora de enfermagem nesse serviço. Como exemplo disso, diz que assume a diálise peritoneal ambulatorial contínua como uma tarefa que lhe foi atribuída pela instituição, mas não lhe compete como gestora.

Em relação às questões estruturais mencionadas e questões relacionadas ao lixo hospitalar, evidente nos discursos de E7 e E8, como atribuição a mais, demonstra um descompasso em relação às questões legais, pois, nesses serviços, essas questões devem estar em conformidade com as resoluções; portanto para qualquer irregularidade constatada devem ser tomadas providências imediatas, pois é cabível de penalidade.

Nossos achados são reforçados no estudo de Willig et al (2006, p.180) sobre o gerenciamento e cuidado em Unidades de Hemodiálise, mostrando o contraditório no discurso das enfermeiras que, no processo de trabalho, dizem:

“Entre o que elas realizam como processo de trabalho e o que gostariam de fazer, mostra-se contraditório no dia-a-dia, pois ao mesmo tempo em que a enfermeira almeja atuar na assistência direta, amplia o leque de suas ações, procurando atuar em todas as frentes, resolver e responder por todos os conflitos e problemas, assumindo, além das atividades administrativas impostas pela instituição, as funções de outros profissionais, o que resulta no distanciamento de sua acreditarão função de gerenciar o cuidado o que pode gerar descontentamento e frustrações. Os enfermeiros por apresentarem uma concepção confusa do que seja administração, consideram como um ônus e sobrecarga as atividades administrativas que desempenham” (Willig et al; 2006, p180).

Podemos inferir que, por não ter no quadro desses serviços, os profissionais mencionados como assistente social e psicólogo, o enfermeiro assume pra si o atendimento para fazer fluir a prestação do cuidado ao paciente com qualidade, e com o objetivo também de atender suas necessidades humanas básicas, ocorrendo, portanto, um gerenciar clínico sem perder o foco do gerenciar administrativo.

Corroborando com nossa inferência, Silva (2000) ao pesquisar sobre “Gerenciamento Clínico em Enfermagem e Qualidade da Assistência”, afirma que o gerenciamento administrativo consiste na coordenação de recursos (meios) para atingir os fins em uma instituição ou grupo; e o clínico consiste na coordenação da assistência prestada ao cliente, atendendo as suas necessidades básicas.

3.6 CATEGORIA 5 – ASPECTOS RELACIONADOS AOS SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELOS ENFERMEIROS NA ATUAÇÃO GERENCIAL EM HEMODIÁLISE.

Nessa categoria, foi possível perceber uma explosão de sentimentos no depoimento de todos os participantes; entretanto, o discurso do enfermeiro E8 foi muito significativo ao falar da atuação e importância desse profissional nesses serviços. Por ter sido um depoimento longo, dividimos em quatro etapas para proceder a análise os quais chamamos de discurso 1, discurso 2, discurso 3 e discurso 4 do participante E8.

Discurso 1 do participante E8:

“Infelizmente o enfermeiro não é reconhecido por isso. É uma sobrecarga de trabalho. E as vezes tu deixaste a desejar com a tua própria equipe. Entende? Tu deixas de fazer coisas pertinentes a tua gerência com a tua equipe. Tu esqueces a tua equipe. Aí a tua equipe fica largada (deixada de lado), aí tem coisa que tu nem te percebe que poderias fazer pela tua equipe que tu não faz” (E8).

Percebe-se, nesse discurso, uma preocupação de responsabilidade perante sua equipe de trabalho. Na fala de E8, fica evidente um sentimento de culpa por deixar sua equipe sem acompanhamento, sem a supervisão do enfermeiro no processo de trabalho e culpa-se também por negligenciar resolutividades com a equipe e com o trabalho decorrente do acúmulo de papéis desempenhados. Diz, também, que apesar de tudo que desenvolvem não são reconhecidos pela instituição.

Podemos inferir que as condições de trabalho, a sobrecarga de tarefas referidas por eles, são situações que interferem na atuação gerencial, assim como predis põem a ocorrência de riscos e agravos ao paciente o que implicaria questões legais no exercício profissional. Entretanto, o enfermeiro não deixará de ser responsabilizado pelo dano causado a outrem no gerenciamento da equipe de enfermagem.

Em relação a nossa inferência, Pedrosa (2005) diz que “quando pensamos em dano”, a responsabilidade potencial de um profissional de enfermagem não pode excluir-se pelo fato de haver participação de outros profissionais ou entidades. “Cada um responderá por si mesmo”.

Ainda nesse contexto, por serem responsáveis técnicos os enfermeiros gestores de hemodiálise em caso de agravo a saúde do paciente, respondem também perante a autoridade sanitária conforme preconizado no Art, 3º da Resolução Nº 11 de 13 de Março de 2014, conceitua em seu inciso XIV – Responsável Técnico – RT profissional de nível superior legalmente habilitado, que assume perante a autoridade sanitária competente a responsabilidade técnica pelo serviço de saúde, conforme legislação vigente. (BRASIL, 2014).

Discurso 2 do participante E8:

“Então a gente acaba sendo responsável por muitos serviços. As vezes a gente consegue desempenhar uns bons, as vezes deixa a desejar em outros. E aí, as vezes no final do dia a gente sai cansada e com aquela ideia: será que eu fiz tudo direito? Será que eu deixei tudo organizado lá? E ainda fica em casa com aquela preocupação. E ainda tem no final das contas quando deu tudo certo é a maravilha, agora, dá um problema, a pessoa nunca vai dizer não! Vão dizer não, o problema ou a culpa é sua, aí eles vão lembrar que você é responsável técnico” (E8).

Nesse segundo discurso do participante E8, percebe-se que durante a entrevista ele sentiu a necessidade de verbalizar suas angústias e ansiedades por sentir-se sufocado com a responsabilidade que lhe é atribuída no cargo que assume. Por tudo que descreve, percebe-se que existe um estresse ocupacional, o qual parece interferir na qualidade de vida desse participante, uma vez que ele sente-se tão cobrado no seu desempenho gerencial, que ele não consegue se desprender do trabalho nem quando está de folga. O sentimento de culpa ou de ser culpado ou acusado de cometer danos, fica claro na fala.

Podemos inferir que se o responsável técnico pela equipe de enfermagem vivencia esses conflitos internos e não os resolve, isso pode ser um fator de risco para o trabalho e para a equipe gerenciada por ele.

Christophoro & Waidman (2002, p 762), em estudo sobre estresse e condições de trabalho, afirmam que “o trabalho faz parte da vida do homem, é o meio pelo qual ele se realiza; produz, reproduz, podendo representar um instrumento ou meio de manter sua saúde, como também, ser instrumento de doença e morte”.

Silva (2011, p 269) refere que a qualidade em saúde é um campo vasto, que envolve a atuação de pessoas que receberão responsabilidades, para as quais, muitas vezes, não estão preparadas.

Discurso 3 do participante E8:

“E ainda tem mais, muitas das vezes eles achavam que uma técnica de enfermagem que tivesse um pouco mais de experiência, uns anos mais de experiência podia substituir a enfermeira no momento que ela não estivesse. Trabalhei em lugar assim. Então. É uma questão até cultural, porque você vai em vários serviços e é do mesmo jeito, a gente não consegue, eu não conheço, parece que só tem um serviço que conseguiram separar a gerência da assistência. Então o que acontece: se a gente vai questionar isso numa clínica particular, que é o meu caso, a gente ouve de resposta que em todo lugar é assim e em todo lugar se trabalha e em todo lugar se aceita. Infelizmente, a gente tem que aceitar porque a gente tá trabalhando e a gente depende desse salário, a gente sabe que não é assim, a gente sabe que tem uma lei que diz que vai ter que fazer essa divisão, mas aí quando essa divisão vai chegar pra gente? Quando vai ser nossa realidade? A gente sabe que já é realidade pra lá há muito tempo, como da ultima vez que eu fui em um congresso eles falaram que em Portugal tem um enfermeiro especialista só em fístula, a gente não tem essa realidade pra cá. A realidade deles é uma e a nossa é outra. A gente não tem esse apoio dos donos das clínicas, eles dizem que vão mudar, mas, se eu sair daqui agora, tem dez enfermeiros pro meu lugar, infelizmente. Eles vão aceitar fazer do jeito que tá e vão achar que tá tudo muito bom. Então, enquanto essa realidade não mudar a nível de Pará, não vai mudar pra gente, porque tem que ser tudo, porque um aceita e o outro não aceita. Então a questão da clínica “x” foi por conta da acreditação, eles tinham que se adequar e fazer tudo direitinho, mas enquanto isso não for uma realidade pra todas as clínicas não vai ser diferente. Infelizmente essa é nossa realidade eu acho que isso é muito de região norte, acho que isso é muito daqui da gente” (E8).

Percebe-se, nessa fala, um sentimento de desvalia por parte dos diretores desses serviços. Esses gerentes, os donos das clínicas, tendo atitudes como a descrita no discurso,

parecem não se importar com as questões legais que regem esses serviços de saúde. Evidenciamos que esses enfermeiros acabam ficando no serviço pela questão salarial e acabam desmotivados. Giordano et al (2012, p.514) ao falarem sobre a ação gerencial ratificam que o gerenciamento é uma atividade que não pode ser delegada e é por meio desse processo que o enfermeiro consegue realizar a assistência ao usuário.

O gerenciamento de enfermagem é privativo do enfermeiro, portanto não pode ser exercido por outro membro da equipe de enfermagem que não seja enfermeiro. Portanto ele assume a gerência e tem o dever de proteger o paciente contra danos de qualquer natureza.

O código de ética dos profissionais de enfermagem no (art. 33) diz que é dever do enfermeiro “proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de enfermagem”.

O enfermeiro responsável técnico tem a responsabilidade que vai além da técnica. De acordo com O Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais:

“Dentre tantas atribuições dos Enfermeiros Responsáveis Técnicos (RTs), está a de fazer cumprir preceitos éticos e legais da Enfermagem, tão importantes para garantir a qualidade da assistência prestada à população. Diante dessa e de várias outras competências pelas quais esses profissionais respondem – seja em relação aos próprios atos ou aos da equipe que dirige precisam ter conhecimentos fundamentais para a eficácia das responsabilidades de direção, organização, planejamento, coordenação, execução e avaliação dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares” (COREN-MG, 2010, p 7).

Discurso 4 do participante E8:

“Porque eu vejo esse pensamento em quase todos os donos, todos os donos de clínicas, eles querem pagar aquele valor pra você e se você pede um pouco a mais que ‘aquilo’, eles dizem mas todo lugar pagam ‘aquilo’, então a gente não tem nem como questionar, mostrar nada. Enquanto especialistas a gente luta tanto pra fazer uma especialização, pra fazer uma coisa legal, pra ser destacado mas a gente não têm muito retorno não. Não sei no serviço público que eu nunca trabalhei, mas no serviço privado não tem muito não. O que a gente tenta fazer é mostrar com o serviço que dá pra ser melhor, mas nossa realidade é muito difícil” (E8).

Nesse último discurso, percebe-se o sentimento de exploração da mão de obra e, mais uma vez, o sentimento de não se sentir valorizado, como profissional importante e atuante nesse processo gerencial, pelos donos desses serviços. Embora a força de trabalho da enfermagem tenha obtido reconhecimento nos últimos anos, por parte de gestores de saúde, ainda se observam desequilíbrios na distribuição desses profissionais, em diferentes setores de instituições hospitalares. Nesse descompasso além da desqualificação da

assistência, gera dificuldades assistenciais e gerenciais e os custos aumentam (Nishio & Franco, 2011).

Em relação à questão salarial em nosso estudo identificamos que os salários pagos aos enfermeiros nesses serviços de hemodiálise estão na média dos salários pagos em centros de hemodiálise para uma jornada de 36 horas conforme dados encontrados na literatura.

De acordo com a Associação Brasileira dos Centros de Diálise e Transplantados (2013) o valor mínimo de salário pagos aos enfermeiros, no Brasil é de R\$ 2.000,00. Com encargos, chegam à R\$4.000,00 por mês. Existe um indicativo no mercado de trabalho de que os enfermeiros, para uma jornada de trabalho de 36 horas semanais, recebem como salário inicial, em média, R\$2.814,50 (Dois mil oitocentos e quatorze reais e cinquenta centavos).

O enfermeiro lamenta não exercer a função como gostaria e sente-se frustrado como profissional que busca qualificação. De acordo com Menezes (2010, p 20), os enfermeiros tem motivações próprias, mas também são influenciados pelo contexto organizacional, indutor de diferentes níveis de satisfação profissional. A motivação surge como elemento essencial na busca de maior eficiência e, naturalmente, de maior qualidade na assistência de enfermagem prestada, aliada à satisfação.

CAPÍTULO 4 – CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este estudo possibilitou uma análise do conhecimento do enfermeiro gestor sobre as atividades específicas da função de responsabilidade técnica relacionando-as com as implicações legais na atuação e importância do profissional enfermeiro como gestor nos serviços de hemodiálise.

A escolha dos serviços de hemodiálise para o êxito desse estudo deu-se por entendermos que é um serviço de saúde diferenciado, complexo e de alto custo em que os processos gerenciais devem ser pautados em leis.

Quando nos reportamos aos fatos históricos em que os enfermeiros em nefrologia eram autodidatas e aprendiam no dia a dia, a atividade assistencial e a atuação do enfermeiro gestor/responsável técnico pelo serviço é inegavelmente a conquista de um grande espaço para este profissional e sua equipe, pois passaram a ser vistos por instâncias maiores como profissionais capacitados para o processo de trabalho gerencial.

No geral, a maioria destes enfermeiros como gestores e responsáveis técnicos, exerce como principal atividade de seu cargo o dever de elaborar e informar os indicadores do serviços ao órgão imediato superior e preparar escalas. Sem contar ainda que há certa preocupação com o trabalho que está sendo desenvolvido. Neste aspecto, o enfermeiro trabalha como “investigador, observador”, para que não aconteçam falhas em seu serviço, pois ele sabe que a responsabilidade jurídica recairá sobre ele. Dessa forma, também há incentivo e preocupação em estar reunindo a equipe, em geral (multidisciplinar) e fazer algumas avaliações das normas, rotinas e procedimento operacional padrão e, dessa maneira, propor a educação continuada.

Respondendo a mais um dos objetivos da pesquisa, infelizmente, parece que nossa classe enfermeira está pouco interessada ou desinteressada quanto à legalidade jurídica de suas obrigações acerca do conhecimento sobre as implicações advindas do cargo de responsável técnico, e estando à mercê muitas vezes de penalizações ou risco que essa “falta de conhecimento” pode ocasionar, aparentando que a maior preocupação é apenas com o ato de obrigações do serviço como responsável técnico. Mas porquê esta classe está tão desinteressada sobre a legalidade dessas responsabilidades? Claro que alguns têm noção prévia sobre o assunto mas, se você não tem domínio, então como terá respaldo não só perante um juiz, mas a sua própria equipe de trabalho, principalmente com os técnicos de enfermagem?

Por mais que aparente conhecer previamente o assunto, poucos são aqueles que seriam capazes de citar uma lei que lhes resguardasse ou condenasse neste serviço. Se ele

não conhece as implicações legais além de não conhecer os seus deveres, deixa de conhecer também os seus direitos.

O enfermeiro gestor precisa ficar somente na gestão? Talvez não. Apesar de que esta exclusividade melhore consideravelmente o serviço de gerenciamento, o resultado não seria 100% eficaz pois, a atenção assistencial permite ao enfermeiro gestor e responsável técnico observar minuciosamente a execução da qualidade do serviço prestado, confirmando se aquilo que foi proposto na gestão está sendo executado na prática e embora alguns enfermeiros ainda discordem desta prática.

Claro que há casos em que a finalidade de manter um enfermeiro assistencial gestor em alguns serviços privados de diálise seja com o intuito de diminuir custos agregando as duas funções. O enfermeiro gestor exerce a gerência para a prática da assistência, e o enfermeiro assistencial, exerce suas atividades baseadas na gestão. O enfermeiro gestor jamais poderá deixar de ser assistencial, bem como o assistencial não pode deixar de ser gestor. Eles não se anulam mas, com certeza, sobrecarregam o profissional e colocam em risco a qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Os dados mostraram que os enfermeiros gerentes priorizam o cuidado ao paciente como de responsabilidade ao enfermeiro assistencial, ou seja, aquele profissional que está diretamente na sala de hemodiálise, acompanhando a sessão dialítica do início ao fim, atento às intercorrências e supervisão dos técnicos de enfermagem na assistência prestada a esses pacientes em diálise. Para eles, enquanto o enfermeiro está na assistência, a visão é só para a assistência, porque é algo imediato que não dá para esperar. Dessa forma, caberia ao enfermeiro assistencial, o gerenciamento do cuidado, bem como a prestação da assistência de qualidade.

Em relação a atuação como gestor, eles possuem a compreensão da definição de seu papel, mesmo que na prática não atuem como gostariam. Ao atuarem em duas linhas de frente que é o gerenciamento do cuidado e o gerenciamento administrativo, eles não conseguem fazer bem feito nem o lado gestor e nem o lado assistencial.

Nos dados analisados, eles deixam claro que a gestão administrativa pode esperar e assim os acúmulos de tarefas vão acontecendo, e as resolutividades vão ficando para depois. Por ficarem mais tempo no serviço e por terem a função de responsabilidade técnica, ficamos a nos perguntar: o que fica para o médico responsável técnico? O que parece é que tudo fica delegado ao enfermeiro gestor e esse, por assumir tal responsabilidade para que o serviço caminhe, se sobrecarrega.

Um outro ponto importante da pesquisa foi o sentimento verbalizado pelos enfermeiros gestores e desvelado como sentimento de desvalia, de submissão, de limitação, de falta de autonomia, pela postura dos dirigentes dessas empresas.

Percebe-se, na fala dos enfermeiros, que como eles não conseguem mudar a realidade e dependem do salário, eles se submetem às normas ditadas pela instituição e, mesmo que tenham um ideal de mudar o serviço para melhor, eles não conseguem justamente por conta da dependência financeira.

Apesar de não estar explícito em suas falas observamos, ainda, que os enfermeiros gestores desses serviços, atuam de maneira não planejada, assim como desenvolvem o processo gerencial de trabalho sem o uso de ferramentas de gestão.

Esses profissionais tentam no dia a dia dar visibilidade ao trabalho que desenvolvem a fim de mostrar que a enfermagem tem uma ciência que é só dela, e deve ser respeitada. Entretanto, é preciso planejamento no processo de trabalho desses enfermeiros, atuantes nesses cargos. Acreditamos que se fizessem uso de ferramenta de gestão, poderiam resolver os problemas levantados no decorrer de sua atuação gerencial diária e evitariam implicações legais.

Sendo assim, para assumirem a função de responsável técnico nos serviços de hemodiálise, é preciso dar visibilidade a esse profissional, através do conhecimento amplo, não só da parte específica do cuidar na diálise mas, principalmente, o conhecimento da gestão relacionada às implicações legais; portanto, atuariam com respaldo e visibilidade.

Como recomendações, esperamos que, após divulgação da pesquisa, nos serviços que oportunizaram a realização dessa dissertação, os resultados possam subsidiar melhorias no processo de trabalho da enfermagem na terapêutica dialítica nos serviços gerenciais de hemodiálise públicos ou privados, para isso é preciso que os enfermeiros gestores além da especialização na área de nefrologia tenham especialização também na área de gestão. Em relação aos órgãos de classe esses resultados, sejam subsídio para agregar as políticas públicas da profissão.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Aarestrup, C. Tavares, C.M.M. (2008). **A formação do enfermeiro e a gestão do sistema de saúde.** Revista Eletrônica de Enfermagem, 10(1):228-234. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a21htm>. Acesso em 03/10/2014.

Abreu, E.S. (2011). Introdução à Administração. In: Abreu, E.S., Spinelle, M.G.N., PINTO, A.M.S. **Gestão de Unidades de Alimentação**, 4ª edição, Revista Ampliada, São Paulo, Editora Metha.

Andrade, L. de F.S. de, Viana, L. de O. **Posición de la enfermería em el continuum ocupación-profissionalización y la expansión de la especialización.** Enfermería Global, nº 12, feb 2008. Revista eletrônica cuatrimestral de enfermería.

Araújo, A.C.S., Santo, E.E. (2012). **A importância das Intervenções do Enfermeiro nas Intercorrências Durante a Sessão de Hemodiálise.** Caderno Saúde e Desenvolvimento [ano1, nº1] jul-dez. Disponível em <http://www.groupouninter.com.br/revistasauade/index.php/cadernosaudedesenvolvimento/artcle/view/137>. Acesso em 12 de maio de 2014.

ASSOCIAÇÃO DOS RENAIS CRÔNICOS E TRANSPLANTADOS DO PARÁ [ARCTPA]. Disponível em: <<http://arctp.com.br/>>. Acesso em 20 de setembro de 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DOS CENTROS DE DIÁLISE E TRANSPLANTE. De 05 de fevereiro de 2013. Disponível em <http://www.abcdt.org.br/abcdt-news/noticias/abcdt=news/ministério-promete-reajuste-para-hemodiálise.html>. Acesso em 03 de fevereiro de 2015.

Bardin, L. (2011). **Análise de Conteúdo.** Lisboa, Portugal, Edições 70.

Barros, E., Manfro, R.C., Thomé, F. S., Gonçalves, L.F.S. (2006). **Nefrologia: Rotinas, diagnóstico e tratamento.** 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Bastos¹, R.M.R., Bastos², M.G., Teixeira, M.T.B. (2007) **A doença renal crônica e os desafios da atenção primária à saúde na detecção precoce.** Revista APS, v.10, n.1, p. 46-55, jan./jun.2007. Disponível em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Drenal.pdf>. acesso em 20/10/2014.

Batista, A.A.V, Vieira, MJ, Cardoso, N.C, Carvalho, G.R.P (2005). **Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro.** Relato de pesquisa. Ver. Esc Enferm USP. 2005;39(1):85-91

Bauer, M.N; Gaskell, G. (2002). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático.** Petrópolis: vozes.

Bertelli, S. B. (2004) **Gestão de pessoas em administração hospitalar.** Rio de Janeiro: Qualitymark.

Bocchi, S.C.M.; Fávero, N. (1996). **Caracterização das atividades diárias do enfermeiro chefe de seção em um hospital universitário.** Rev. Latino-am. Enfermagem. Ribeirão preto, v.4, n.2, p. 41-59, julho.

Borges, P.R.R; Bedendo, J., Fernandes, C.A.M. (2013). **Perfil epidemiológico dos óbitos em terapia renal substitutiva e custo do tratamento**. Acta Paul. Enferm., São Paulo, v.26, n.5.

Borges, G. S. (2004). **Enfermagem profissional**. 9 ed. São Paulo: Cortez.

Brasil. **A LEI Nº 8.078/90**, de 11 de setembro (1990). Dispõe sobre a proteção do consumidor e dá outras providências. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18078.htm. Acesso em 28 de junho de 2014.

Brasil, a Lei Nº8080 de 19 de setembro (1990,b). **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e de outras providências**. Disponível em: www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/8080.html . Acesso em 28 de junho de 2014.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (1992). **Resolução nº 146**. Normatiza em âmbito Nacional a obrigatoriedade de haver Enfermeiro em todas as unidades de serviço onde são desenvolvidas ações de Enfermagem durante todo o período de funcionamento da instituição de saúde. Disponível em <http://www.mpba.mp.br/atuacao/cidadania/gesau/legislacao/temas/resolucoes/resolucao14692.pdf>. Acesso em 23 de março de 2014

Brasil. **Portaria GM nº 1168** (2004). Política Nacional de Atenção ao Portador de DRC.

Brasil. **Portaria 82, 03 de janeiro (2000)**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos serviços de diálise e as normas para cadastramento destes junto ao Sistema Único de Saúde. Brasília

Brasil. **Portaria 2042, de 11 de outubro de (1996)**. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Terapia Renal Substitutiva e as normas para cadastramento desses estabelecimentos junto ao Sistema Único de Saúde. Brasília.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] **Resolução nº290** http://www.coren-am.com.br/resolucao-cofen-2902004-revogada-pela-resolucao-cofen-no-3892011_871.html

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. (2004) **Resolução-RDC nº154**, de 15 de junho de 2004. Estabelece o Regulamento Técnico para o funcionamento dos Serviços de Diálise, Brasília, 2004.

_____. **Estabelece o Regulamento Técnico para o Funcionamento dos Serviços de Diálise**. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 154,14 de junho de 2004. ANVISA, 22 de maio de 2006. Disponível em: <http://www.e-legis.anvisa.gov.br>. Acesso em 12/ 04/2014.

Brasil. Conselho Federal de Enfermagem [COFEN] (2005). **Resolução nº 302. Anotação da Responsabilidade Técnica de Enfermeiro(a), em virtude de Chefia de Serviço de Enfermagem, nos estabelecimentos das Instituições e empresas públicas, privadas e filantrópicas.** Disponível em

http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/saudepessoal/enferm/resolucao_302_20050316.pdf. Acesso em 23 de março de 2014.

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). **Secretaria executiva/subsecretaria de assuntos administrativos coordenação –geral de documentação e informação.** Projeto direito dos usuarios.Brasilia,DF ago 2009

Brasil. Ministério da Saúde. (2009). **Diretrizes para a estruturação de farmácias no âmbito do sistema único de saúde.** Brasília, DF. Disponível em <http://bit.ly/10ajewo>>. Acesso em 14/05/2015.

Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2011). **Resolução da diretoria colegiada-RDC nº 63, 25 de novembro de 2011.** Dispõe sobre os requisitos de boas práticas de funcionamento para os serviços de saúde. Brasília, DF, nov.

Brasil. Ministério da Saúde (2012). **Resolução Nº466 de 12 de dezembro de 2012.** Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética e Pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde

Brasil. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA [ANVISA] (2014). **Resolução Nº11, de 13 de março de 2014.** Dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Diálise e dá outras providências. Disponível em http://www.poderesaude.com.br/novosite/imagens/Publica%C3%B5es_14.032014_-_II.pdf. Acesso em 12 de maio de 2014.

Brasil, Agência Nacional de Vigilância Sanitária [ANVISA]. (2006). **Resolução Nº1671, de 30 de maio de 2006.** Estabelece os indicadores para subsidiar a avaliação do serviço de diálise. Disponível em file:///Hemo_02DRA,%20ANA%CDD/INDICADORES%. Acesso em 12 de maio de 2014.

Burg, G., Dias da Silveira, D. (2008). **Proposta de um modelo de gestão ambiental para os serviços de Nefrologia.** Acta paul. Enferm vol 21 no spe. São Paulo 2008. On line version ISSN 1982-0194

Camlins, Bernard C. (2013). **Prevention and Treatment of Hemodialysis – Related Bloodstream Infections.** Division of Infections Diseases, Washington University Schhol of Medicine, St. Louis, Missouri. Seminars in Dialysis – vol 26, nº 4 (July – August) pp.476-481.

Campos, A.C.; Simões, J.[1942] (2011). **O percurso da saúde: Portugal na Europa.** Edição/reimpressão. 2011. Editora Almedina. 235 p. (Coleção Olhares Sobre a Saúde).

Carvalho, M.T.G. (2006). **A Nova Gestão Pública, as reformas no sector da saúde e os profissionais de enfermagem com funções de gestão em Portugal**. Dissertação (Doutorado em Ciências Sociais). Aveiro: Universidade de Aveiro, 2006.

Carpenito, M.L. (2008). **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 1ª Ed., Porto Alegre; Artmed.

CEAPIR-Federação Europeia de Doentes Renais- (2011). **Tratamento desigual para doentes renais na Europa – Relatórios de Resultados**: Portugal, 2011. Disponível em [www.ceapir.org](http://pt.slideshare.net/portaldadialise/resultado-do-inqueritodaceapirconclusesepropostasparaportugal). <http://pt.slideshare.net/portaldadialise/resultado-do-inqueritodaceapirconclusesepropostasparaportugal>. Acesso em 25/10/2014.

Centeno, J.R. (2005) **Insuficiência Renal Crônica e Métodos Dialíticos**. In: MANGANI, C., CAMARGO, L.F.A. et al. Prevenção de Infecção Relacionada à Diálise. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção Hospitalar- APECIH-2005.

Chiavenato, Idalberto (2000). **Introdução à teoria geral de administração**. 3ª ed. São Paulo, Ed. McGraw-Hill do Brasil Ltda, Copyright, 2000.

CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (2007). **Princípios Fundamentais de Enfermagem**. [Resenha]. Rio de Janeiro, 08 de fevereiro. Disponível: <http://site.portalcofen.gov.br/node4158>. Acesso em 08 de janeiro de 2014.

Coelho, A. Diniz, A. Hartz, Z., Dussault, G. (2014) **Gestão integrada da doença crônica: análise de uma política inovadora em Portugal**. Rev Port Saúde Pública. 2014; 32 (1) 69-79. Disponível em <http://ac.els-cdn.com/>. Acesso em 17 de outubro de 2014.

Resolução COFEN Nº0458/2014- Normatiza as condições para anotação de responsabilidade técnica pelo serviço de enfermagem e define as atribuições do enfermeiro responsável técnico. Disponível em http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-04582014_25656.html. acesso em 10/04/2015.

Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. **Enfermeiro Responsável Técnico (RT): legislações, orientações e informações básicas em Minas Gerais** [texto] / Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais. -- Belo Horizonte: COREN-MG, 2010. Disponível em http://www.corenmg.gov.br/anexos/enfermeiro_rt.pdf. Acesso em 27 de julho de 2014.

Conselho Regional de Enfermagem do Pará (2005). **Decisão COREN-PA Nº 28/2005**. Baixa normas para definição das atribuições do Enfermeiro Responsável Técnico. Disponível em: www.corenpa.org.br. Acesso em 5/01/2014.

Conselho Federal de Enfermagem-**Resolução COFEN Nº 293** (2004), Disponível em www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2012/03/Resolucao_2932004.PDF. Acesso em 10/03/2014.

Costa, L.S. de O, Silva, M. M. S. da, Espíndula, B. M. (2010). **Enfoque sobre liderança na interação enfermeiro e gerência em hemodiálise**. Revista Eletrônica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição [serial on-line] jan-jul 1(1) 1-16. Disponível em: http://www.ceen.com.br/revista_eletronica. Acesso em 08 de janeiro de 2014.

CONASS. (2011). **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: Coleção Para Entender a Gestão do SUS.

Cunha, S.F.F. (2011). **Qualidade de vida no doente em diálise**. Dissertação de Mestrado. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1577/1/CUNHA%20Sonia.%20Qualidade%20de%20vida%20no%20doente%20em%20di%C3%A1lise.pdf>. Acesso em 01/11/2014

Christophoro. R, Waidman, M.A.P (2002). **Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM**. Estado do Paraná. Acta Scientiarum. Maringá, v.24, n.3, p.757-763.

Dantas, F.C, Dantas, C.C, Amorim,C.G, Alves, Y.R, Rosa, L.C.G.V. **Ética e Legislação em Enfermagem: conhecimentos necessários para maior visibilidade da profissão**. Disponível em: <http://apps.cofen.gov.br/cbconf/sistemainscricoes/arquivosTrabalhos/I47231.E11.T9149.D7AP.pdf>. Acesso em 22 de julho de 2015.

Daugirdas, J.T., Blake, P.G., ING, T.S. **Manual de diálise**. 3 edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

_____. Entidade Reguladora da Saúde (2007). **Relatório da Atividade Reguladora**. Agosto de 2008. Disponível em: https://www.ers.pt/uploads/document/file/34/Relat-_rio_de_actividade_regulat_ria_ERS_2007.pdf

Fakih, F.T., Freitas, G.F., Secoli, S.R. (2009). **Medicação aspectos ético-legais no âmbito da enfermagem**. Rev. Bras. Enferm. Brasília, Vol. 62, nº 1. Jan-fev. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.phpcript=sci_arttext&pid=s003471672009000100020. Acesso em 8 de janeiro de 2014.

Fermi, R.M.V. (2003) **Manual de diálise para a enfermagem**. Rio de Janeiro: Medsi. http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html Acesso em: 16/5/2015). **Fonte:** Fiocruz e Cofen.

_____. **Perfil da enfermagem no Brasil**.COFEN/ Fiocruz (2015). Disponível em http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html ACESSO EM 16/5/2015).

Fontinele, K.J. (2001). **Ética e Bioética em Enfermagem**. Goiânia: Editora AB 2000. Cultura e Qualidade.

Freitas, G.F., Oguisso, T. (2007). **Perfil de profissionais de enfermagem e ocorrências éticas**. Acta Paul Enferm. 20 (4): 489-94.

Fujii, C.D.C. (2009). **Desafios da integralidade no cuidado em hemodiálise: a ótica da equipe de saúde e dos usuários** – Dissertação apresentada ao curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do RIO Grande do Sul. Porto Alegre.

Furukawa, P.O., Cunha, I.C.K.O. (2010). **Da gestão por competências às competências gerenciais do enfermeiro**. Rev, Bras, Enferm, Brasília, nov-dez 63 (6).

George, F.H.M. (2008). Gestão Integrada da Doença Renal Crônica – Metas e objectivos para monitorização de resultados em diálise. Direção-Geral da Saúde, Ministério da Saúde. Circular Normativa nº 03/DSCS/DGID. Disponível em [www. Dgs.pt](http://www.dgs.pt) Acesso em 03 de julho de 2014.

Giordani J.N, Bisogno S.B.C, Silva L.A.A. (2012). **Percepção dos Enfermeiros frente as atividades gerenciais na assistência do usuário**. Acta paul enferm. 2012;25(4):511-6

Gonçalves, E.A.P, Manfredi, S.R.; Canziani.M.E(2005). **Infecções Virais**. In: Mangini, C; Camargo L.F.A. Prevenção de infecção Relacionada à Diálise. Associação Paulista de Estudos e Controle de Infecção hospitalar- APECIH-2005

Greco, R.M. (2010). **A Gerência em Enfermagem: unidade de trabalho e do cuidado**. Texto elaborado como material instrucional para a Disciplina Administração em Enfermagem do 7º período da Faculdade de enfermagem da Universidade Federal de Juiz de Fora. Gerência. Departamento de Enfermagem Básica – Disciplina Administração em Enfermagem II. Disponível em <http://www.ufjf.br/admenf/files/2010/03/A-Ger%C3%Aancia-emEnfermagem-unidade-de-trabalho-e-do-cuidado.pdf>. Acesso em 03 de julho de 2014.

Guerrero. G.P. Beccaria, L.M., Trevizan. M.A. (2008). **Procedimento operacional padrão: utilização na assistência de Enfermagem em serviços hospitalares**. Revista Latino-americana de Enfermagem, 16 (6), nov./dez.

Ibrahim, S.Y. (2004). **Psiconefrologia: a enfermagem em nefrologia como agente de transformação**. In: LIMA, E.X., SANTOS, I. dos. **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro. P.43-68, 2004.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE.(2013). Disponível em <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?lang=&codmun=150080&search=|info%EDficos:-dados-gerais-do-munic%EDpio>. &
<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualiza%C3%A7%C3%A3o/dtbs/para/anandindeua.pdf><http://biblioteca.ibge.gov.br> Acesso em 12/03/2013.

Judite, P. Diogo, M. (2008). **Normas para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutorado (Aplicáveis às dissertações de Mestrado)**. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Reitoria. Versão v.4, Lisboa, 2008.

Kurcgant, P, coordenadora (2011). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

Leite, M. J, Pereira, L.L. (2011). **Educação continuada em enfermagem**. p.147-149 In: Kurcgant, Paulina, coordenadora. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

Lima, E.X., Santos, I. dos. (2004). **Atualização de Enfermagem em Nefrologia**. Rio de Janeiro. 2004.

Lourenção, D. C. A., Benito, G.A.V. (2010). **Competências gerenciais na formação do enfermeiro**. Rev. Bras. Enferm, Brasília, Jan-Fev, 63 (1): 91-7.

Madden, C.(2006). **Undergraduate nursing students' acquisition and retention of CPR knowledge and skills**. Nurse Education Today, Edinburgh, v. 26, n. 3, p. 218-227, 2006. Disponível em www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16314002. Acesso em 17 de outubro de 2014.

Malagutti, W, Caetano,K. C. (2009). **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro. Editora Rubio.

Malta, D.C., Cezário, A.C., Moura, L., Neto, O.L., Silva, J.B. (2006). **A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde**. Epidemiol Serv Saúde. 2006, 15 (1):47-65.

Martins, M.R.I, Cesarino, C.B. (2005). **Qualidade de vida de pessoas com insuficiência renal crônica em tratamento hemodialítico**. Rev. Latino- Americana de Enferm. 13 (5): 670-676.

Marx, L.C, Morita, L.C (2003). Manual de gerenciamento de enfermagem. 2ed.rev. e atual- São Paulo: EPUB,2003

Massarollo, (2011, p.107-115). Escalas de distribuição de pessoal de enfermagem In: Kurcgant, Paulina coordenadora et al. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: EPU, 2011.

Massaro, M; Chaves L.D.P.A (2009). **Produção Científica sobre gerenciamento em enfermagem hospitalar: uma pesquisa bibliográfica**. Cogitare enferm. 2009 jan/março;14(1):150-8

Meira, J.E.S. (2012). **Análise dos processos de trabalho na central de marcação e entrada de exames ambulatoriais do Hospital Conceição-Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS-Escola de administração- EDA**. Departamento de ciencias administrativa-DCA. Porto Alegre.trabalho de conclusão de curso de graduação para obtenção do grau de bacharel em administração

Mendes, E.V. (2011). **As redes de atenção à saúde: Organização Pan-Americana da saúde Organização Mundial da saúde**. Conselho Nacional de Secretária da saúde. 2ª edição. Brasília-DF. 2011. 549p.:il.

Mendes, V.M.P. (2012). **Qualidade no Serviço Nacional de Saúde: Evolução recente e perspectivas futuras**. [dissertação]. Lisboa, Gestão de Saúde – Especialização em Gestão de Organizações de Saúde – Universidade Nova de Lisboa – Escola Nacional de Saúde Pública, julho, 2012.

Mendes, D. (2013). **Doentes com indicação devem fazer diálise em casa**. Diário de Notícias. Portugal – 21/01/2013. Disponível em: www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content. Acesso em 29/10/2014.

Menezes, M.H.V.F (2010). **Novos Modelos de Gestão Hospitalar: Liderança e Satisfação Profissional em Enfermagem**. [dissertação]. Vila Real, Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro, 2010

Minayo, M.C.S.; Deslandes, S.F.; & Gomes, R. (2007). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 26 ed. Petropolis (RJ): Vozes.

Montezeli J.H. Peres A.M. **Competência Gerencial do enfermeiro: conhecimento publicado em periódicos brasileiros**. Cogitare enferm 2009 jul/set: 14(3):553-8

_____. Ministério da Saúde (BR). **Hemodiálise: Mais Dinheiro para Ampliar o Serviço**. Brasília (DF); 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/4458/162/recursos-para-hemodialise-.html>. Acesso em 06/março/2014.

Nascimento, A., Dias, R. **Estrutura de Mercado e Performance nos Serviços de Hemodiálise em Portugal**, Centro de Estudos de Gestão e Economia Aplicada – Faculdade de Economia e Gestão da Universidade Católica Portuguesa. Porto, 2007 (Relatório Final 15 de Abril de 2007). Disponível em <https://www.ers.pt>. Acesso em 26/10/2014.

Nishio, E.A.; Batista, ACS. **Educação permanente em enfermagem – a evolução da educação continuada**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

Nishio, E.A.; Franco, M.T.G.[organizadoras]. (2011). **Modelo de gestão em enfermagem: qualidade assistencial e segurança do paciente**. Revisão Betta, C.A. [et al], - rio de Janeiro. Elsevier.

Oguisso, T., Schmid, M.J. (1985). **O Enfermeiro e a responsabilidade legal no exercício profissional**. Rev. Paul Enferm. São Paulo, 5: (4): 170-176, Out-Dez.

Oliveira, S.L. (2002). **Tratado de Metodologia Científica: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertação e teses**. Pioneira Thomson Learning, São Paulo, 2002.

Paim, L., Silva, D.G.B., Trentini, M., Vieira, R.M., Koschnik, Z. (2006). **Tecnologias e o Cuidado de Enfermagem a pessoas em tratamento de Hemodiálise**. Ciência, Cuidado e Saúde maringá, v.5, n. 3, p. 335-343, Set-Dez.

Pedrosa, A. (2005) **Aspectos Práticos da Aplicação do Direito à Enfermagem**. Rev, Referência II.º série – n,11 – Dez: 73 – 77.

Pennafort, V.P.S. et al (2010). **Produção do Conhecimento de Enfermagem em Nefrologia**. Rev. Bras Enferm.[periódico na internet] Set-Out 63(5): 830-36. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n5/22.pdf>. Acesso em 23 de junho de 2014.

Peres, A.M., Ciampone, M.H.T. (2006) Gerência e Competências Gerais do Enfermeiro. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set, 15 (3): 492-9. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a15>. Acesso em 03 de julho de 2014.

Peres, A. M., Montezeli J.H., Kalinowsk, C.E., Cunha, I.C.K.O. (2011). Competências Gerenciais do Enfermeiro. In: Lima JR; Felli VEA, editores. **Programa de Atualização em Enfermagem-Gestão (PROENF/Gestão)**. 1. Ed. Porto Alegre: Artmed Panamericana; 2011. p.9-32.

Pisco, L. (2011). **Reforma da Atenção Primária em Portugal em duplo movimento: unidades assistenciais autônomas de saúde familiar e gestão em agrupamentos de Centros de Saúde**. Ciênc. saúde coletiva vol.16 no.6 Rio de Janeiro June 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000600022>. Acesso em 19 de outubro de 2014.

Polit, D.F.; Beck, C.T; Humgler, B.P. (2004). **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Pontes, A.C, Leitão, I.M.T.A, Ramos, I.C, (2008). **Comunicação Terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Rev. Bras. Enferm, Brasília, 2008 mai-jun; 61 (3): 312-8.

Portugal (2011) Ordem dos Enfermeiros- **Diário da Republica, 2ª série nº35-18 de Fevereiro de 2011-Regulamento nº 122/2011-** Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista(8648)=(1) 8649(2)

Primo. J. Mateus, D. (2008). **Normas para a Elaboração e Apresentação de Teses de Doutorado (Aplicáveis as dissertações de Mestrado)**. Versão v.4, Lisboa, 2008.

Riella, M.C. (2003). **Princípios de nefrologia e distúrbios hidroeletrólíticos**. 4ª. Ed. Rio de Janeiro (RJ): Guanabara Koogan

Rizzo, G de A., Falsarella,O.M (2006). **Estrutura informacional para monitoramento do planejamento estratégico apoiado no balance scorecard e gesta-** Revista eletrônica de gestão de negócios, Santos,v.2,p.113-137, mai/ago.2006

Rodrigues, M.V., Carâp, L.J., El-Warrak, L.O., Rezende, T.B. (2011) **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2011. 152 p. : IL – (Gestão em saúde (FGV Management))

Rodrigues, F.C, Lima, M.A. (2004). **A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação**. Rev. Gaúcha de Enfermagem. 25(3) 314-22.

Romão, J.R. (2007). **Doença renal crônica: Do Diagnóstico ao Tratamento- Prática Hospitalar**. Ano IX. Nº52. Jul-Ago / 2007. Disponível em http://www.transdoreso.org/pdf/doenca_renal.pdf. Acesso em 08 de dezembro de 2013.

Sanches V. F.; Christovam B. P.;, Silvino Z.R.(2006). **Processo de trabalho do gerente de enfermagem em unidade hospitalar - uma visão dos enfermeiros**. Escola Anna Nery Revista Enfermagem. Ago; 10(2):214-20.

Santos Filho, S.B., Barros, M.E.B (2007). **A base politico-metodologica em que se assenta um novo dispositivo de analise e intervenção no trabalho em saúdein:___(orgs) trabalhador da saúde:muito prazer!** Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí Ed. Unijuí.2007ª p 61-71

Santos, Romana Borja. (2013). **Ministério quer apostar num tipo de Hemodiálise que pode ser feita em casa**. **Jornal Público** – 21/10/2013. Disponível em www.publico.pt/sociedade/noticia/ministerio. Acesso em 01/11/2014.

Schor, N., Ajzen, H. (2005). **Guia de medicina ambulatorial e hospitalar: nefrologia**. 2ª edição. Barueri, São Paulo, Manole.

Souza. G.P.S, Freitas G.F, Prado C, Leite M.M.J, Pereira I.M (2011). **Aproblemática da elaboração da escala mensal de enfermagem-Relato de experiência**. Acta paul enferm 2011;24(1):137-41

Spínola, C.G, Oliveira, L.A, Schuengue, C.M.O.L (2008). **O impacto da portaria 2042 nos Serviços de Terapia Renal Substitutiva**. Ver. Edu.,Meio Amb. E Saúde 2008;3(1):137-147.Artigo de Revisão

Severino, A. J. (2007). **Metodologia do Trabalho Científico**. 23ª edição. São Paulo: Cortez.

_____. Sindicato dos Enfermeiros do Rio Grande do Sul filiado a CUT/FNE. Disponível em <http://www.sergs.org.br/juridico/piso>. Acesso em 9 de março de 2015.

Silva, A. G. I. de. (2000). **GERENCIAMENTO CLÍNICO EM ENFERMAGEM E QUALIDADE**; Revista Técnica de Enfermagem Nursing, ed. Brasileira, nº20, Ano 3, pág. 12 à 15, Janeiro.

Silva, H. G.; SILVA, M. J. **Motivações do paciente renal para a escolha a diálise peritoneal ambulatorial contínua.** Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5 n. 1 p. 10 – 14, 2003. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/Revista>.

Silva, C. C. B, da, Guerra, G. M, Segre, M. (2010). **Análise da Percepção do enfermeiro sobre a assistência de enfermagem ao paciente em cuidados paliativos** Revista Nursing, 13 (146): 411-416.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.[SBN]. (2011). **Censo de diálise 2011.** Publico. Disponível em <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>. Acesso em 02 de março de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.[SBN]. (2012). **Censo de diálise 2012.** Publico. Disponível em <http://www.sbn.org.br/Publico/rim.htm>. Acesso em 02 de março de 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA.[SBN]. (2013). **Dia mundial do rim.** São Paulo.

SPN – SOCIEDADE PORTUGUESA DE NEFROLOGIA. (2013) **Estudo – Impacto da hemodiálise nos doentes renais crônicos.** Disponível em <http://www.fotosantesedepois.com/estudo-impacto-da-hemodialise-nos-doentes-renais-cronicos>. Acesso em 22 de outubro de 2014.

Szuster, D.A.C, Caiaffa, W.T. Andrade, E.I.G; Acurcio, F. de Assis; Cherchiglia, M.I (2012). **Sobrevida de paciente em diálise no SUS no Brasil.**cad. Saúde Pública vol.28 nº 3 Rio de Janeiro mar.

Tachizawa, T. (2005). **Gestão ambiental e responsabilidade social corporativa estratégia de negócios focadas na realidade brasileira** 3ª ed, rev. E ampliada. São Paulo. Atlas 2005.

Teixeira, E; (2011). **As três metodologias: acadêmica, da ciência e da pesquisa.** 5ª ed. Belém: UNAMA, 2011.

Trentine, Mercedes & Cubas, Márcia Regina. (2005). **Ações de enfermagem em nefrologia: um referencial expandido além da concepção biologicista de saúde** – Rev Bras Enferm jul-ago, 58 (4): 481-5.

Trevizan, M.A.; Mendes, I.A.C, Lourenço, M.R. Shinyashiki, GT. (2002). **Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro.** Rev Latino-am Enfermagem. Janeiro-fevereiro; 10 (1): 85-9.

Vaghetti, H, Reis, D., Kerber, N.C., Azambuja, E., Fernandes, G (2004). **Percepções dos Enfermeiros acerca das ações administrativas em seu processo de trabalho.** Rev Bras enferm, Basília (DF) 2004.maio/jun;57(3):316-20

Vinhas, José. (2003) – **Diálise Renal. Observatório Português dos Sistemas de Saúde.** Portugal. Disponível em www.observaport.org. Acesso em 19/09/2013.

Willig, M.H., Lenardt, M.H., Trentini, M. (2006). **Gerenciamento e cuidado em unidade de hemodiálise** Rev. bras. enferm. vol.59 nº.2. Brasília mar-abr. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v26n5/a11v26n5.pdf>. Acesso em 27 de junho de 2014.

Winck, D.R., Brüggemann, O.M. (2010). **Responsabilidade legal do enfermeiro em obstetrícia.** Rev. bras. Enferm. Vol. 63 nº3. Brasília mai – jun. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php>? Acesso em 27/06/2014.

Yamauchi, N. I. (2009). Qualidade gerencial do Enfermeiro. In: MALAGUTTI, W, CAETANO, K. C. **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado.** Rio de Janeiro. Editora Rubio, P. 41-59.

ÍNDICE REMISSIVO

C

COFEN, 8, 13, 41, 44, 45, 46, 47, 48, 51, 79, 85, 102, 104, 105
Constituição Federal, 27, 41

D

diabetes mellitus, 24, 26
dialisadores, 14, 55, 64
diálise, 13, 15, 16, 17, 22, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 45, 47, 53, 54, 55, 57, 61, 62, 63, 64, 69, 72, 76, 77, 78, 80, 81, 82, 84, 86, 90, 98, 102, 103, 104, 105, 107, 110, 116
Diálise, 8, 14, 16, 19, 25, 30, 37, 38, 40, 45, 51, 53, 76, 77, 95, 102, 103, 104, 111
Diálise Peritoneal, 8, 14, 30, 38, 76, 77

E

enfermeiro gestor, 6, 13, 18, 62, 63, 71, 72, 77, 78, 81, 82, 85, 88, 89, 90, 97, 98, 115

G

gerenciamento, 6, 14, 16, 17, 22, 45, 52, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 71, 77, 78, 87, 88, 91, 92, 94, 98, 107

H

hemodiálise, 6, 14, 15, 16, 17, 18, 22, 26, 29, 30, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 43, 47, 48, 49, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 61, 62, 63, 68, 69, 70, 71, 75, 76,

77, 78, 80, 81, 82, 86, 87, 88, 89, 92, 95, 98, 99, 101, 104, 105, 110, 111, 116, 118

hipertensão arterial, 24, 30

I

insuficiência renal, 13, 16, 33, 34, 37, 43, 107
Insuficiência Renal Crônica, 9, 14, 28, 104

N

nefrologia, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 30, 42, 43, 44, 48, 52, 62, 72, 75, 86, 97, 106, 109, 111, 116

P

processo de trabalho, 6, 13, 14, 15, 17, 18, 48, 50, 56, 57, 59, 61, 64, 81, 84, 91, 92, 97, 99, 111

R

Responsável Técnico, 13, 17, 42, 46, 76, 92, 104, 118

S

serviços de hemodiálise, 6, 13, 17, 18, 29, 35, 36, 42, 44, 62, 69, 72, 81, 87, 95, 97, 99, 115
Sistema Único de Saúde, 9, 16, 22, 23, 26, 27, 102, 107

T

tecnologias duras, 13
terapêutica dialítica, 13, 99
Terapia de substituição renal, 26

APÊNDICE

APÊNDICE I - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO PARÁ CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM- CAMPUS IV

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Para a conclusão do meu Curso de Mestrado. Realizarei uma pesquisa que tem por título: O Conhecimento do Enfermeiro Gestor Sobre Sua Responsabilidade Técnica Em Serviços de Hemodiálise, com o objetivo de Analisar o conhecimento do enfermeiro gestor sobre sua responsabilidade técnica no processo gerencial de enfermagem em serviços de hemodiálise. Convidamos você a participar do estudo respondendo uma entrevista com perguntas relativas as atividades e aspectos legais da responsabilidade técnica, a entrevista só será gravada se você autorizar, caso contrário, a pesquisadora registrará suas respostas por escrito em um caderno. Caso não saiba alguma pergunta ou lhe provoque constrangimento,. Os resultados desta pesquisa poderão ser apresentados em eventos científicos ou outro meio de comunicação e publicados em revistas. Sua participação no estudo é muito importante pois contribuirá com mais uma produção científica na área de enfermagem em nefrologia, na região Norte, poderá também propiciar um retrato da situação atual vivenciada pelo enfermeiro gestor nos serviços de hemodiálise identificando situações que apontem um melhor direcionamento dos serviços de diálise, visando a qualidade e melhoria nos serviços. Esta pesquisa tem o risco de constrangimento para os participantes, para minimizar o risco será adotada uma linguagem de abordagem sutil assim como você terá liberdade para não responder as perguntas que lhe causem constrangimento. Para garantir o anonimato de que seus dados sejam divulgados, usaremos como código a letra E(enfermeiro), seguida de ordem numérica (Ex. E1, E2 ...). deixamos claro que as informações obtidas serão utilizadas somente nesta pesquisa e guardadas por cinco anos e que na divulgação dos resultados seu nome não irá aparecer. A qualquer momento você pode desautorizar a pesquisadora de fazer uso das informações obtidas ou afastar-se da pesquisa e todo material gravado será apagado do aparelho celular em sua presença e o anotado será devolvido, Não há despesas pessoais para você em

qualquer fase do estudo. Este trabalho será realizado com recursos próprios. Não haverá nenhum pagamento por sua participação. Se você tiver dúvidas e desejar esclarecimentos sobre a pesquisa poderá fazer contato com a pesquisadora responsável Francinéa de Nazaré Castilho Maia, que poderá ser encontrada na Tv. Dr. Enéas Pinheiro, 2390. Ed. Rio Elba, Apto. 102.- telefone 40052613. Caso não seja localizada a mestrandia, poderá ainda ser contatado o orientador Prof: Dr. Ricardo Figueiredo Pinto, na Travessa Padre Eutíquio, 1730 – Edifício Ebenezer Eloi esquina c/ Mundurucus - Batista Campos - CEP: 66033-720 – Belém – Pará, você também poderá entrar em contato com o CEP (Comitê de Ética e Pesquisa) da Universidade Estadual do Pará, **End. Av. José Bonifácio, 1289 CEP:66063-010 Fone: (091) 3249-0236 Fax: (091) 32494671 Ramal 208, Email : cepenfuepa@yahoo.com.br**, Se tiver qualquer dúvida com relação aos seus direitos.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE, APÓS ESCLARECIMENTO

Declaro que li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi as informações que me foram explicadas sobre a pesquisa. Conversei com a pesquisadora sobre minha decisão em participar, autorizando a gravação da entrevista ficando claros para mim, quais são os objetivos da pesquisa, a forma como vou participar, os riscos e benefícios e as garantias de confidencialidade e de esclarecimento permanente. Ficou claro também, que a minha participação não tem despesas nem receberei nenhum tipo de pagamento, podendo retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades ou prejuízos. Concordo voluntariamente participar deste estudo rubricando a primeira página desse termo junto com o pesquisador e assinando a segunda lauda. Este termo consta em duas vias e uma ficará comigo.

Local, data

Assinatura do Participante

RG

Assinatura do Pesquisador

RG

APÊNDICE II - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Título: O Conhecimento do Enfermeiro Gestor sobre sua Responsabilidade Técnica em Serviços de Hemodiálise

A – Caracterização dos Participantes

Código do Local do Estudo: (Registrado pela pesquisadora) _____

Entrevistado: E- _____

Idade : _____

Sexo : () Masculino () Feminino

Tempo de Formado : _____

Titulação : _____

Tempo de Atuação na área de Hemodiálise: _____ anos

Tempo de Atuação como Gestor no Serviço: _____

Jornada de Trabalho: _____ **Remuneração Salarial Média:** _____

Remuneração por Responsabilidade Técnica : Sim () Não ()

Se sim, qual a média: _____

Registro de Responsabilidade Técnica no Órgão de Classe: Sim () Não ()

B. PARTE ESPECÍFICA

1. Que atividades desenvolve nesse Serviço?

2. Que atividades específicas como Gerente e Responsável Técnico você desenvolve no Serviço?

3. Você tem conhecimento das implicações legais advindas do cargo de Responsável técnico do Serviço de Enfermagem na área de hemodiálise? () sim () não
Se sim: Cite quais : _____

4. Qual a sua opinião a respeito da atuação do profissional enfermeiro como gerente/gestor no serviço de hemodiálise no setor privado?

5. Qual sua opinião a respeito da importância do enfermeiro como responsável técnico diante das implicações legais no serviço de hemodiálise no setor privado.